(Expérience de cinq années du service spécialisé de l'Hôpital Saint-Louis)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE N° 431

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean COUSIN

Né à Morlaix, le 21 novembre 1906
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT

DE LA

BLENNORRAGIE

EN MILIEU HOSPITALIER

Président : M. LÉON BERNARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

(Expérience de cinq années du service spécialisé de l'Hôpital Saint-Louis)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean COUSIN

Né à Morlaix, le 21 novembre 1906
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT

DE LA

BLENNORRAGIE

EN MILIEU HOSPITALIER

Président : M. LÉON BERNARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.
BINET	Physiologie.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) .	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT. . .	Pathologie chirurgicale
CATHALA. . .	Pathologie médicale.
CHABROL . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . .	Physique.
DONZELOT. .	Pathologie médicale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GARNIER. . .	Pathologie expérimentale
GASTINEL . .	Bactériologie.
GATELLIER. .	Pathologie chirurgicale
GIROUD . . .	Histologie.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.
JOANNON . .	Hygiène.
JOYEUX. . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.

MM.	
LAROCHE (G.)	Pathologie médicale.
LEMAITRE . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . .	Anatomie pathologique
LEVEUF . . .	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (F.).	Pharmacologie.
MILLOT. . .	Histologie.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale
MOREAU . . .	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale
MULON. . . .	Histologie.
OBERLING . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER . . .	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES . . .	Obstétrique.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . .	Physiologie.
SÉZARY. . . .	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.
VIGNES . . .	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER . . .	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A MA COMPAGNE

L'hommage très ému de mon indéfectible attachement.

A MON VIEIL AMI

JEAN HÉRIOU (*in memoriam*)

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Professeur de Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui me fait le très grand honneur de présider cette thèse et à qui je dois de connaître et d'aimer cette médecine sociale à laquelle il a consacré toute sa vie.

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a confié le sujet de cette thèse et qui a été pour moi, durant les deux années pendant lesquelles je fus son externe, un maître attentif et bienveillant.

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE

Chevalier de la Légion d'honneur

A qui je dois tout ce que je sais d'anatomie et de médecine opératoire, en témoignage de reconnaissance pour ses conseils et l'amitié qu'il m'a toujours prodigués.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage :

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE
MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON BERNARD
MONSIEUR LE DOCTEUR RAMOND

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT
MONSIEUR LE DOCTEUR AUCLAIR
MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

TRAITEMENT
DE LA
BLENNORRAGIE
EN MILIEU HOSPITALIER

I

INTRODUCTION

On peut, sans exagération, dire que l'introduction par Janet, en 1892, des grands lavages urétro-vésicaux dans le traitement de la blennorragie urétrale a transformé la thérapeutique de cette maladie ; puis, le traitement abortif par l'argyrol préconisé par de Sard et Janet vers 1908-1910 est venu à son tour, apporter une modification nouvelle, profonde, dans le traitement de la gonococcie, constituant un progrès sans prix ; enfin, des thérapeutiques plus récentes vaccinothérapiques, sérothérapiques et même chimiothérapiques ont éveillé de grands espoirs, mais qui n'ont pas été toujours réalisés, si bien que la méthode de Janet, quand le traitement abortif a échoué ou n'est plus possible, reste la ressource vraiment curative de cette affection si rebelle et si difficile à guérir dans nombre de cas (1).

1. Heitz-Boyer a coutume de répéter dans son service, qu'il trouve bien plus facile de traiter une tuberculose rénale même

Or, si depuis près de 40 ans, la méthode de Janet avait fait ses preuves en clientèle, il restait à démontrer qu'elle pouvait être appliquée en grand dans un service d'hôpital. Janet, dès 1904, avait publié un travail très complet sur ce sujet, où toute l'organisation d'une telle thérapeutique faite en milieu hospitalier était prévue, mais il attendait toujours que ses idées fussent mises en application, lorsqu'en 1922 le Dr Mourier, Directeur de l'Assistance Publique, en accord avec M. Rebeillard, conseiller municipal et membre du Conseil de surveillance de l'Assistance Publique, décidèrent de créer à l'Hôpital Saint-Louis, un service consacré au traitement de la blennorragie, cas aigus et cas chroniques. Le Dr Heitz-Boyer, professeur agrégé d'Urologie, chirurgien des hôpitaux, accepta d'en assurer la direction comme annexe d'un service d'urologie à créer en même temps. La mise sur pied de ce service, en particulier l'aménagement des locaux nécessaires furent pénibles, car il fallut les arracher, salle par salle, au service du Dr Sabouraud devenu trop vaste, depuis que ses beaux travaux sur la teigne guérissaient cette maladie en quelques semaines au lieu de quelques années. Grâce à M. Mvey, le Directeur si actif et si dévoué de Saint-Louis, grâce au Dr Jean Tissot, chef de la consultation, qui en prit la direction en 1925, ce service fut organisé, et il prit une telle extension que 3 ans plus tard le nombre des consul-

au prix de la néphrectomie la plus difficultueuse que de guérir une blennorragie un peu rebelle.

tants, matin et soir, dépassait le chiffre quotidien de 800, et un test indiscutable de succès obtenu auprès de la clientèle hospitalière, était donné par le chiffre de recettes réalisées en un an, qui en effet dépassait, en 1929, 140.000 francs ; aucune pression n'étant faite pour le paiement de la consultation, c'est dire que les patients en étaient satisfaits et que la renommée du service était bonne.

En cinq ans, plus de 40.000 malades ont été ainsi examinés et traités à la consultation des hommes : une telle constatation est le meilleur hommage qu'on puisse rendre à l'idée si heureuse de M. Mourier, réalisée avec la collaboration du conseil municipal de Paris.

D'ailleurs, le succès du traitement chez l'homme conduisait bientôt, suivant un désir cher à Janet, à créer un service semblable chez les femmes. Sur la demande du Dr Heitz-Boyer, MM. Mourier et Rebeillard décidaient l'ouverture d'une consultation féminine en février 1927. Elle fonctionne actuellement sous la direction éclairée du Dr Louis Ferrier et en dépit du préjugé de la « maladie honteuse » plus fortement enraciné chez les femmes que chez les hommes, près de 3.000 malades ont pu être examinées et traitées dans cet intervalle de 35 mois.

Ce travail inaugural, fait sur la demande de notre maître le Dr Heitz-Boyer et inspiré par lui, a pour but d'exposer l'organisation réalisée ainsi à l'hôpi-

tal Saint-Louis dans le service du Dr Heitz-Boyer : l'on verra qu'en beaucoup de points elle est originale, tout particulièrement l'appareil, les tables, les instruments sont presque tous nouveaux, dus au Dr Heitz-Boyer seul ou en collaboration avec ses assistants Tissot, Chaignon, Thévenard. Mais surtout ce travail exposera les résultats obtenus pendant ces cinq premières années de fonctionnement et il apportera ainsi la preuve qu'il est possible de réaliser, à l'hôpital, un traitement actif de cette redoutable maladie, et, en particulier, lui appliquer le traitement de Janet réservé jusqu'ici à la clientèle privée. Or, à une époque où l'on se préoccupe tant de la lutte contre les maladies vénériennes, il était temps que tout, comme contre la syphilis, fut mené le combat contre la blennorragie, « l'autre danger » comme l'appelle M. Heitz-Boyer dans ses leçons (1), maladie qui, par ses complications peut être aussi redoutable de conséquences sociales que l'est la vérole.

Notre thèse montrera, nous l'espérons, qu'à l'heure actuelle, ce combat peut être assuré dans les milieux ouvriers, avec les mêmes succès que dans les milieux riches. Devant la maladie, tout le monde doit être égal : tout le monde, pauvres ou riches, a droit aux mêmes soins, répète notre chef le Dr Heitz-

1. Voici 3 ans que le Dr Heitz-Boyer fait chaque année dans son service de Saint-Louis une série de dix leçons sur la blennorragie et ses complications, et les idées exposées dans notre thèse sont le reflet de cet enseignement.

Boyer, qui réclame cette égalité de traitement; en particulier pour éviter la souffrance après les examens endoscopiques et les cathétérismes urétéraux, il réclame instamment que les mêmes égards et le même repos soient accordés aux consultants d'hôpital après ses manœuvres toujours traumatisantes et pénibles. C'est le seul point qui ne soit pas encore réalisé ; et cette thèse signalera cette lacune. Ce sera un des mérites de M. Mourier, dont l'Académie de Médecine vient de reconnaître les éclatants services d'avoir mis à la portée des malades peu fortunés une thérapeutique jusqu'ici réservée aux malades aisés.

II

DESCRIPTION DU SERVICE

La consultation des voies urinaires de l'hôpital Saint-Louis occupe le rez-de-chaussée de l'ancienne Ecole Lailler, rue Bichat. Les organisateurs ont donc dû se contenter de tirer le meilleur parti possible de locaux déjà existants et de les remanier suivant le plan proposé par le Dr Janet, d'accord avec le Dr Heitz-Boyer. Nous ne craindrons pas, dans notre description, d'entrer dans les plus minimes détails.

La salle d'attente. — Elle donne directement sur la rue par une porte banale dont aucune inscription ne trahit l'incognito. Elle est meublée de bancs dont la disposition en chicane astreint les malades à ne passer que un par un. Cette disposition est utile pour éviter aux heures d'affluence toute bousculade.

La salle d'attente abrite le fichier, riche déjà de plus de 40.000 dossiers. Sa disposition est banale. Les fiches sont établies sur des feuillets de carton glacé d'un format de 10 × 17 cm. Elles sont

rangées verticalement dans de longues boîtes rectangulaires qui laissent apparaître leur partie supérieure portant le nom et le numéro. Chaque boîte porte sur sa face antérieure les numéros des deux fiches extrêmes.

Heitz-Boyer aurait beaucoup tenu à ce que les malades se déshabillent pour être traités, et un vestiaire avec un sac pour mettre les vêtements et un sarrau noir pour chaque patient avait été prévu par lui. Au point de vue de la propreté, de la tenue morale, de la garantie contre les vols, cette technique serait préférable, et peut-être pourra-t-elle être réalisée.

La salle de consultation. — Cette pièce est occupée par les bureaux des 4 externes affectés à la consultation. Sur chaque bureau les feuilles de prescription et des tickets de lavage sont rangés dans deux classeurs. Une lampe à alcool et une anse métallique permettent de faire les prélèvements, de les étaler sur une lame de verre, et de les fixer immédiatement. Le flacon d'acide acétique nécessaire pour éclaircir les urines phosphatiques repose sur un petit godet de verre.

Des tabourets métalliques tournant sur vis et dont il est facile de régler la hauteur par le simple jeu d'un verrou permettent au médecin de s'orienter convenablement pour palper un testicule ou faire une injection intra-veineuse sans avoir à se déplacer. Sur une longue table, est disposé le matériel

nécessaire aux injections sous-cutanées et aux touchers rectaux.

Un bac à eau courante est destiné aux lavages des verres rangés sur deux ailerons latéraux (voir figure 1). A côté, se trouve un évier à siphon, pourvu de savon et d'essuie-mains, où les malades

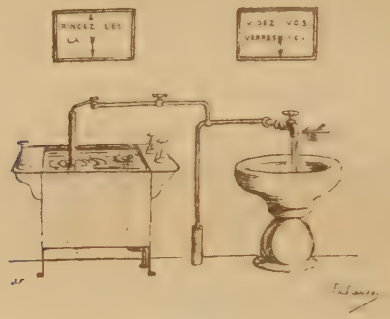

Fig. 1.

vident leurs urines et se lavent les mains sous le filet d'eau qui coule constamment.

Cette salle d'examen communique avec le cabinet du chef de la consultation. Sa table porte, outre le matériel précédemment décrit (classeurs, lampes à alcool, anse de platine, acide acétique) un microscope et les produits nécessaires pour faire une coloration de Gram. Un tableau noir mural permet de faire le schéma d'un testicule ou d'une prostate pour l'enseignement des élèves ou la discussion d'un diagnostic.

Une table à examen complète l'ameublement qui comme on le voit, est très simple et peu onéreux.

La salle de traitement. — C'est un vaste local de 15 mètres × 10 mètres aménagé dans un ancien préau, ce qui a permis de profiter d'un carrelage déjà existant. Pour y accéder, et afin de mettre plus d'ordre et des contrôles, Heitz-Boyer réclame un tourniquet comme celui qui existe à l'entrée des expositions. Cette petite amélioration représenterait une dépense minima et constituerait une réelle amélioration. Le matériel se compose de 8 tables, de 9 bidets auto-laveurs, de bocks et d'un bouilleur.

1° Les tables, en lave émaillée, à dossiers mobiles, à cuvette centrale, occupent sur deux rangées le centre de la salle. Elles sont réservées, soit aux malades débutants, soit aux lavages difficiles, aux traitements abortifs, aux explorations et aux dilatations de l'urètre. Chaque table est munie de deux bocks en verre d'une contenance de deux litres, montés sur un mécanisme élévateur, fixé à la table lui-même. Des pinces métalliques d'un modèle courant placées sur les tuyaux assurent le réglage ou l'arrêt de l'écoulement du liquide. Les canules en verre, du modèle Janet, sont armées des disques par-jet en caoutchouc, préconisés par le Dr Motz pour protéger l'opérateur des éclaboussures.

2° Les bidets ont été construits spécialement pour les auto-lavages et constituent un modèle original, dû au Dr Heitz-Boyer (voir fig. 2) ; leur realisation présentait des difficultés, rien n'ayant été auparavant fait d'analogue. Il s'agissait de prévoir un siège solide, inattaquable aux agents chimiques,

le grès était trop cher, la porcelaine armée était trop fragile. Le Docteur Heitz Boyer les a fait construire en un ciment spécial sur armature métallique, le seul inconvénient est que le ciment est attaqué à

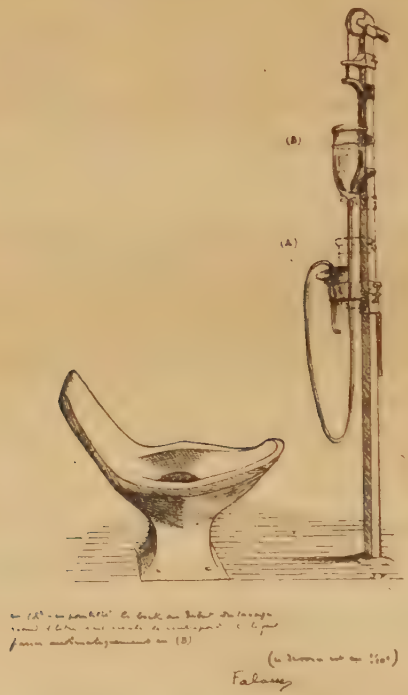

Fig. 2

la longue ; mais comme les premiers modèles ont mis 4 ans à être détériorés avec un passage intensif, il n'y a pas lieu de se plaindre. Leur socle est scellé au sol. Sa partie antérieure est échancrée pour permettre au malade de s'asseoir sans que son pantalon, baissé, le gêne. D'autre part, le dossier large, convenablement incliné, lui donne le relâche-

ment musculaire indispensable pour que l'injection médicamenteuse puisse passer facilement dans l'urètre postérieur.

3° Devant chaque bidet, se trouve le système auto-laveur Heitz-Boyer-Tissot dont la création avait pour but de supprimer un des dangers de ce trai-

Fig. 3

tement « omnibus » de l'hôpital : c'est-à-dire pour empêcher que le patient ne fasse pénétrer d'emblée l'injection dans l'urètre postérieur avant d'avoir désinfecté suffisamment l'antérieur. Dans ce système très simple, le bock placé à 50 centimètres au dessus du bidet, au début de l'auto-lavage ne peut monter plus haut que lorsque la quantité de liquide nécessaire au lavage de l'urêtre antérieur s'est écoulé. Cette élévation est réalisée par le jeu automatique d'un contrepoids. Ainsi, le malade n'a à sa

disposition la pression nécessaire pour forcer le sphincter, que quand il a satisfait au premier temps de la technique du grand lavage, et il ne risque que d'une façon minime d'entrer dans l'urètre postérieur avant que l'antérieur n'ait été nettoyé.

L'écoulement des eaux est assuré par des caniveaux ménagés dans le dallage et recouverts de plaques de fonte mobiles.

4° Au centre de la salle, deux tables portent les bonbonnes de solution mères de permanganate de potasse et d'oxycyanure de mercure. Les canules stérilisées par l'ébulition sont conservées dans des cuvettes remplies d'une solution faible d'oxycyanure. Les sondes, explorateurs et bougies, trempent dans des éprouvettes contenant le même liquide surmontées d'une couche épaisse d'huile goméolée : en les retirant on assure automatiquement la lubréfaction de l'instrument. Un bouilleur à panier chauffé par une rampe de gaz sert à stériliser les instruments. Son couvercle est mû par une pédale.

5° Un appareil du modèle courant dans tous les services hospitaliers permet de stériliser l'eau et de la mettre en réserve, de telle sorte qu'elle puisse être utilisée en temps voulu, chaude ou froide, et sous une certaine pression : en mélangeant un volume d'eau bouillante à trois volumes d'eau froide on obtient la température optima du liquide de lavage. Cette eau stérile est puisée, puis versée par l'infirmier dans chaque bock au moyen d'une grande louche en métal, restant toujours stérile.

Cette technique est déjà bonne, mais semble insuffisante comme garantie au docteur Heitz-Boyer qui désirerait qu'une double canalisation amène directement l'eau stérile au-dessus de chaque bock. Cette installation ne serait pas bien onéreuse et serait autrement satisfaisante pour les idées modernes d'asepsie.

Deux portes assurent l'une l'entrée, l'autre la sortie des malades. Le Docteur Heitz-Boyer, pour le bon ordre comme pour le contrôle, avait demandé qu'un tourniquet soit placé à la porte d'entrée, et il espère que bientôt ce desideratum sera réalisé. Près de la sortie, se trouve un grand coffre où les malades jettent la serviette qui leur a été remise à l'entrée.

Des patères sur les murs servent à l'accrochage des vêtements. Les vols étant assez fréquents, il y aurait lieu, comme nous l'avons dit plus haut de réaliser l'établissement d'un vestiaire et sa surveillance.

Le laboratoire. — Ici, nous devons traduire les doléances du Dr. Heitz-Boyer. Actuellement ce laboratoire est seulement outillé pour l'examen histo-bactériologique des urines et des exsudats urétraux, comportant, outre les microscopes et colorants usuels, une petite étuve et un centrifugeur électrique. Son but est avant tout, pour l'instant, de faire des recherches bactériologiques pratiques : de conclure à la présence ou à l'absence du gonocoque sur un frottis, de déceler dans une urine le

colibacille ou le bacille de Koch. Mais, étant donné l'importance de la consultation et le nombre d'élèves qui s'y instruisent, ce laboratoire pourrait et doit devenir un centre d'études et de recherches. Mais surtout, il devrait être équipé pour la fabrication des auto-vaccins, et les recherches anatomo-pathologiques dont l'intérêt pratique se traduirait rapidement par des progrès dans la thérapeutique. Aussi serait-il indispensable de développer le matériel, et d'attacher à ce laboratoire, un personnel suffisant. Grâce à une direction importante, qui a été faite pour le Dr Heitz-Boyer à l'Institut Pasteur, le fonctionnement de ce laboratoire a pu être à peu près assuré avec la permission et la collaboration du Directeur, le local est absolument insuffisant et entrave son bon fonctionnement.

La salle de cysto-urétroscopie. — Les méthodes endoscopiques ont pris une importance de plus en plus considérable dans le diagnostic et le traitement des urétrites chroniques. C'est un point sur lequel ne cesse d'insister notre maître, le Dr Heitz-Boyer qu'il a développé dans de nombreuses communications. Pour lui l'inflammation chronique et rebelle de l'urètre, particulièrement de l'urètre postérieur relève, de plus en plus, de la chirurgie d'ordre endoscopique et réalisable, grâce à cette admirable haute-fréquence dont il s'est fait l'apôtre en urologie depuis 20 ans. Aussi, *ne saurait-on concevoir un service de blennorra-*

gie, sans une section endoscopique outillée d'une façon complète, avec les tables spéciales nécessaires et pourvue d'un personnel entraîné. Telle est celle qu'Heitz-Boyer a créée de toutes pièces à Saint-Louis et que nous allons décrire.

Nous insistons particulièrement sur la table d'examen et de traitement à la demande d'Heitz-Boyer. Celui-ci exige qu'elle donne une commodité parfaite au patient examiné, étant donné la durée souvent longue des examens et des interventions. Pour cela elle doit réaliser un certain nombre de conditions que notre maître croit avoir remplies dans un modèle construit par la maison Drapier.

1° Le sujet doit être maintenu dans une position fixe et confortable. Cette condition ne peut être réalisée que par des supports au niveau des cuisses, en prenant les membres inférieurs au niveau des creux poplités supportant la partie supérieure de la jambe en même temps que le bas de la cuisse et les immobilisant à une hauteur et à un écartement convenables. La méthode actuelle qui consiste à faire reposer les talons du malade sur des étriers est déplorable car, d'une part, elle ne donne pas une immobilisation suffisante du malade et, d'autre part, elle entraîne assez rapidement une gêne et une fatigue qui deviennent même difficilement tolérables. Or, Heitz-Boyer ne cesse de le répéter, un examen urétro cystoscopique demande au minimum de 10 à 20 minutes.

2° La table doit être assez basculable pour que

l'opérateur puisse réaliser cette bascule, lui-même, et cela d'une seule main, sans avoir à appeler à la rescousse, une personne étrangère pour bloquer le

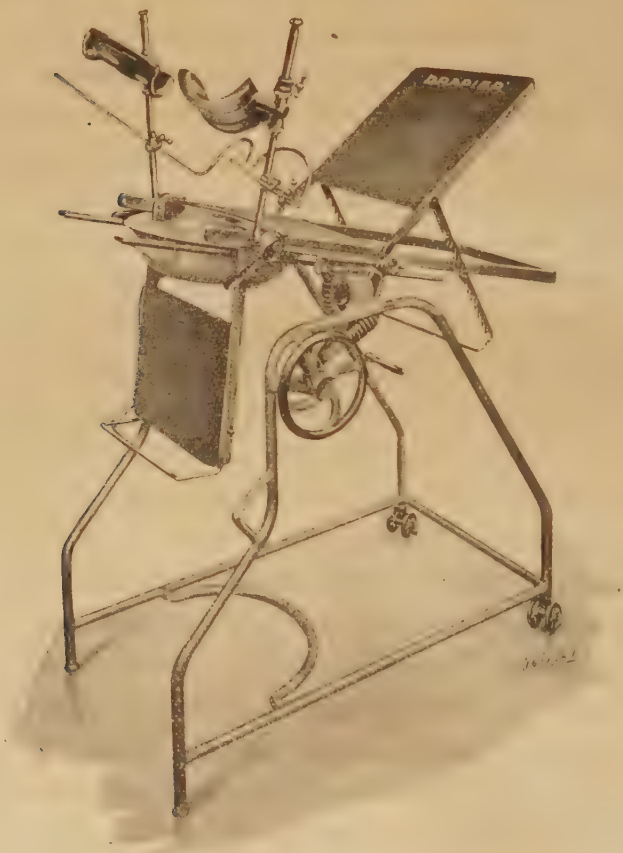

Fig 4

patient dans la position convenable à l'examen. Cela a une importance capitale avec les difficultés actuelles de main-d'œuvre;

3° L'écartement et la flexion des membres infé-

rieurs doit être obtenu par une seule manœuvre de bloquage, la rotule étant un organe délicat, Heitz-Boyer a tourné la difficulté par un double bloquage automatique, réalisé avec la collaboration de la maison Drapier.

La table qu'a créée le Dr Heitz-Boyer réunit ces avantages elle permettra en plus dans un avenir très prochain de faire avec la plus grande facilité des radioscopies des cavités urétrales et prostatiques.

A cette table d'examen, il est bon d'adjoindre une table de bois ordinaire permettant de pratiquer les anesthésies épidurales ou locales, ce qui permet de préparer un malade pendant l'examen d'un autre.

Pour l'instrumentation mécanique et électrique nous ne saurions mieux faire que de reproduire ce qu'écrit le Dr Chaignon dans sa thèse, inspirée par le Dr Heitz-Boyer :

I. *Instrumentation mécanique.* — La partie endoscopique doit comprendre non seulement un cystoscope mais souvent un urétro-cystoscope.

Au point de vue cystoscopique il faut utiliser le cystoscope à haute fréquence d'Heitz-Boyer, créé pour lui par Gentile en 1911 et dont il y a maintenant des modèles semblables chez tous les constructeurs. A conduit unilatéral, il admet avec un calibre 23 1/2 une électrode 18, 19 et même 20 Pasteau : la besogne sera plus rapide avec ces larges électrodes à plateau d'Heitz-Boyer et nous verrons que pour ces interventions souvent longues cet avantage sera important.

Comme urétro-cystoscope, le meilleur nous paraît celui d'Heitz-Boyer qui l'a créé après la guerre avec la maison Drapier et présenté à la *Société de Chirurgie* en 1921. Basé

sur le principe de l'irrigation continue de Goldsmith et le système optique de Buerger, il comporte une série d'améliorations qui le rendent beaucoup plus avantageux et pour l'usage opératoire. Le voici ci-contre représenté et nous résumons ses caractéristiques avec les avantages qui en découlent. Ils sont au nombre de trois principaux :

1° *Béquille terminale en gomme.* — Au lieu, comme dans l'instrument de Buerger ou de Mac Carthy d'être terminé par une béquille métallique l'instrument d'Heitz-Boyer porte à son extrémité vésicale une portion en gomme en forme de béquille olivaire qui peut être fixée et changée à volonté grâce à un emmanchement à vis. Cette béquille en gomme est longue de près de deux centimètres. Cette modification apportée par Heitz-Boyer a un grand intérêt pour l'introduction et ensuite pour la mobilisation de l'instrument au cours de l'inspection endoscopique.

a) Pour l'introduction cette disposition donne pour tous les urètres une sécurité plus grande que l'extrémité métallique ; elle est précieuse pour tous les malades, elle est même indispensable chez les prostatiques.

b) Pendant les manœuvres, soit d'exploration, soit d'opération, la béquille allongée à un autre avantage ; c'est que son extrémité est suffisamment longue pour rester toujours dans la vessie si bien qu'elle ne peut pas, comme dans le Mac Carthy en particulier, venir traumatiser les parois de la cavité prostatique et la faire saigner au cours des manœuvres de va-et-vient de l'instrument.

2° La double fenêtre constitue aussi un gros perfectionnement toujours pour éviter de traumatiser l'urètre. Grâce à cette disposition en effet on peut inspecter la paroi supérieure aussi bien que la paroi inférieure de la cavité prostatique sans avoir besoin de faire tourner l'instrument sur lui-même de 180° dans l'urètre du patient.

Il en résulte d'abord, lors de l'exploration, une indolence beaucoup plus grande pour le malade examiné. Mais il en résulte aussi pour le chirurgien qui opère par la haute fréquence, par voie endoscopique, une simplification très

grande. En effet, lorsqu'on opère endoscopiquement avec un urétro-cystoscope à eau, l'extrémité libre de l'instrument reçoit : 1° le tuyau d'entrée du liquide ; 2° le tuyau de sortie du liquide ; 3° la pince pour la lumière et 4° l'électrode de

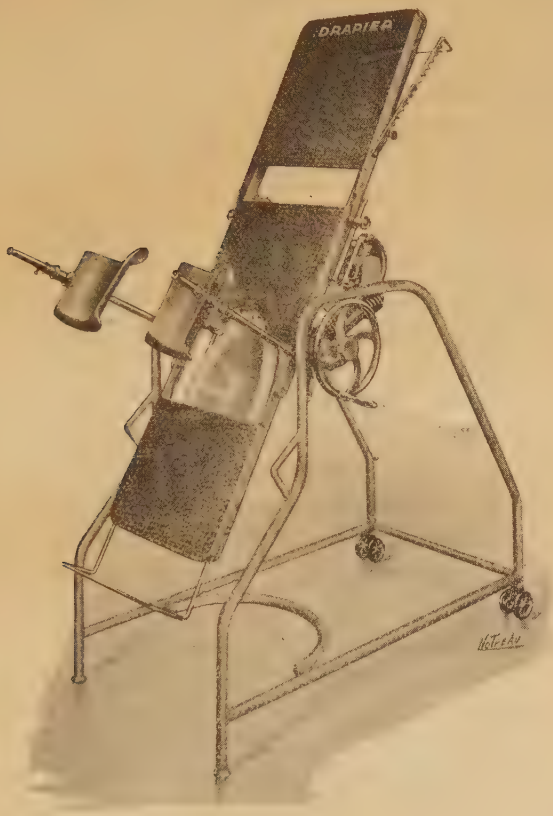

Fig. 5

haute fréquence. Cela fait quatre choses nécessaires qui sont disposées généralement en croix, les deux tuyaux d'eau arrivant à droite et à gauche et les deux parties électriques étant en haut et en bas. Avec les instruments de Mac Carthy, lorsqu'on veut agir sur la paroi inférieure après avoir agi sur la paroi supérieure on doit faire pivoter sur lui-même tout l'urétroscope de 180°. Il se produit alors un

entremêlement de ces 4 tuyaux ou fils et comme on a à répéter cette manœuvre de nombreuses fois il en résulte bientôt une véritable intrication de ces 4 éléments. Au contraire, avec la double fenêtre, l'urétro cystoscope une fois bien placé on n'a plus besoin de faire tourner son tube extérieur et par conséquent le pavillon qui en est solidaire avec fils et tuyaux. On a besoin simplement de faire pivoter à son intérieur le tube optique sans rien déplacer du reste. Cette simplification prendra un réel intérêt au cours des opérations endoscopiques sur la prostate qui sont toujours délicates et difficiles et pour lesquelles toute simplification de technique revêt une importance toute spéciale.

3° *Optiques à orientation oblique.* — Heitz-Boyer dans son *Traité de Cystoscopie*, avec Marion, avait beaucoup insisté sur l'importance extrême des mouvements de bascule dans la cavité vésicale pour pouvoir faire des explorations complètes et précises. Or, dans la cavité prostatique ces mouvements sont impossibles et il en résulte que l'exploration habituelle avec l'optique de Buerger et Mac Carthy est insuffisant, ne permettant pas de voir soit le col vésical, soit le veru montanum dans toutes leurs différentes portions. C'est pour remédier à cet inconvénient qu'Heitz-Boyer a fait construire deux autres optiques donnant des visions obliques, soit rétrogrades à moins de 30°, soit à plus 45°. Grâce à ce complément d'inspection aucune déformation, aucune lésion ne peut échapper à l'œil de l'opérateur. Les électrodes qu'on peut y employer sont de calibre beaucoup plus faible que celles employées dans le cystoscope à haute fréquence : le maximum atteint à peine le 12 ou 13 de la filière Pasteau et cela du fait de la place prise par l'irrigation.

Comme pour toutes les interventions endoscopiques il y a grand avantage à utiliser un Statif et le plus pratique nous paraît être la pince Statif réalisée par Heitz-Boyer et dont voici une rapide description : il est caractérisé par une pince à mors flexible qui saisit le tube endoscopique directement près de son pavillon en pouvant réaliser vis-à-vis de ce tube

trois positions : soit simplement le soutenir, soit le tenir prisonnier inclus entre ses deux branches mais sans le serrer, soit enfin le serrer étroitement en le fixant rigoureusement. Cette pince est montée à l'extrémité d'une tige qui est articulée avec une seconde tige transversale elle-même fixée à la table cystoscopique ; ces deux tiges étant susceptibles grâce à une articulation à double mâchoire, de prendre l'une sur l'autre toutes les orientations possibles avec possibilité de les fixer dans la position désirée.

II. *L'instrumentation électrique.* — Elle comprend

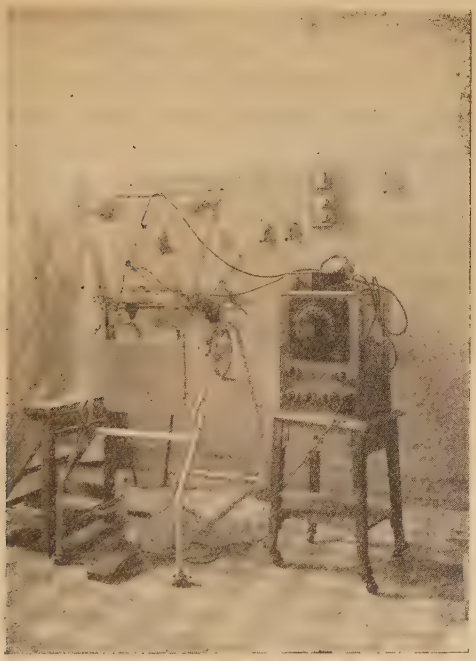

Fig. 6

l'appareil producteur de haute fréquence et les électrodes. Le meilleur sans conteste des appareils de haute fréquence nous paraît être l'appareil d'Heitz-Boyer créé par lui déjà avant la guerre mais qu'il a présenté seulement au Congrès français

d'Urologie en octobre 1919 puis à la Société de Chirurgie en mai 1920, et dont il a montré un modèle perfectionné avec trois types différents à la Société d'Electrothérapie en avril 1923.

Comme il le dit souvent c'est « un appareil fait par un chirurgien pour des besoins chirurgicaux ». En effet, en dehors de ses qualités électriques proprement dites et en particulier de son éclateur qui fonctionne à l'air libre et est pratiquement indéréglable avec le nouveau modèle en tungstène, l'appareil d'Heitz-Boyer est le seul qui puisse donner à volonté toute la gamme si variable d'effets de la haute fréquence, gamme dont il est indispensable que l'urologue puisse se jouer s'il veut utiliser au maximum les propriétés de ce merveilleux agent thérapeutique. Depuis quinze ans, Heitz-Boyer ne cesse, d'accord avec Oudin, de montrer la nécessité de ce point de technique et de pouvoir recourir aux différentes modalités de tension et d'intensité de la haute fréquence, celle-ci pouvant produire depuis les actions extrêmement brutales et très profondes d'intensité d'ordre thermique, dite de diathermo-coagulation jusqu'à des effets tout léger et tout superficiels de tension qui sont eux d'ordre essentiellement mécanique et d'action limitée.

Le Dr Heitz-Boyer et son assistant le Dr Chaignon ont réalisé ces derniers temps un *guéridon* extrêmement commode pour la pratique urinaire, monté sur roulettes caoutchoutées et comprenant des cuvettes en porcelaine pour les solutions, des pots pour placer les seringues, des flacons pour l'huile, des verres à pied, des éprouvettes pour cystoscopes et optiques et des tubes à sonde urétérales avec le dispositif à tirettes du Dr Heitz-Boyer. En achevant la description du service urétro-cystoscopique remarquons la nécessité absolue qu'il y aurait de

lui adjoindre une salle de repos où les malades pourraient séjourner quelques heures sous surveillance médicale après un cathétérisme urétéral, surtout complété par une pyélographie ou après une urétro-cystoscopie qui éprouve bien plus le malade qu'une cystoscopie. Dans l'introduction, nous avons signalé ce point capital, et le Dr Heitz-Boyer compte sur la vigilance de M. Mourrier, pour réaliser ce desideratum apportant au malade peu fortuné les mêmes garanties de non souffrance qu'au malade riche.

III

LE FONCTIONNEMENT DE LA CONSULTATION

Horaire des consultations. — Le service est ouvert le matin de 8 heures à 9 h. 1/2, le soir de 18 heures à 19 h. 1/2 ce qui rend le traitement acessible à tous les malades, quelles que soient leurs heures de travail. Les consultations ont lieu dimanches et jours de fêtes, et ceci est d'une importance capitale, car le succès aussi bien des grands lavages que de l'abortif dépend en grande partie de la régularité du traitement.

« La suppression complète d'un lavage amène « une véritable rechute. Il n'y a pour les blennor- « ragiques en traitement et leurs médecins ni « dimanches ni fêtes sous peine des pires déboires » nous enseigne Janet. D'après cet auteur un jour d'interruption dans le traitement retarde la guérison de dix jours.

La majorité des malades adopte la séance du soir pour le traitement quotidien. La séance du matin est en principe réservée aux malades nouveaux, aux explorations, dilatations, examens endos-

copiques. Nous insistons sur la nécessité de mettre les consultations à des heures convenables. Il serait ridicule de vouloir contraindre les malades à abandonner une ou deux heures de travail par jour pendant les 5 à 6 semaines que dure leur traitement par les grands lavages. Le préjudice éprouvé l'emporterait sur la volonté toujours réelle qu'ils ont de se soigner. C'est d'ailleurs pourquoi beaucoup de nos malades habitant une banlieue éloignée abandonnent avant guérison.

Réception, inscription. — Le malade, reçu à la salle d'attente par une infirmière, se voit dresser une fiche portant son nom, son âge, sa profession, son adresse. Chaque fiche comporte un numéro d'immatriculation dont le double lui est remis sur un petit carton. Quand il reviendra pour ses lavages ou pour un examen la lecture de ce numéro suffira pour retrouver rapidement la fiche dans la boite qu'elle occupe. Un timbre dateur journalier imprime les présences, ce qui permet à première vue de se rendre compte de la régularité avec laquelle le patient suit son traitement.

Les malades nouveaux s'étant fait inscrire, les anciens s'étant fait pointer, acquittaient jusqu'à ces derniers temps la taxe modique qui leur était réclamée : 6 francs pour la première consultation, 2 fr. ensuite par lavage ou piqûres. Sur la demande des services de prophylaxie antivénérienne du Ministère de l'Hygiène, cette taxe a été

supprimée, et les consultations sont actuellement complètement gratuites.

Diagnostic. — Les malades nouveaux sont introduits dans la salle de consultation par groupes de dix suivant leur ordre d'arrivée. Une courte observation est prise : date et source de la contamination ; durée de la période d'incubation : signes fonctionnels ; antécédents vénériens ; le malade a-t-il déjà subi un traitement ; lequel ?

Tous ces détails ont leur importance, car nous savons que des atteintes antérieures et une incubation de longue durée permettent de penser à une infection de faible virulence qui cédera rapidement au traitement et dont l'évolution sera le plus souvent normale. Par contre chez un malade qui a subi des injections à la petite seringue, faites par lui-même ou par un ami incompétent, on assiste fréquemment dans les jours qui suivent ce traitement intempestif à l'apparition d'une cystite ou d'une orchi-épididymite.

L'observation une fois rédigée en quelques mots, les sécrétions sont recueillies au méat, puis étalées sur une lame de verre, fixées à la chaleur et portées immédiatement au laboratoire.

L'épreuve des deux verres permet d'étudier l'extension du processus infectieux à la totalité de l'urètre ou à sa partie antérieure, mais ici il faut éliminer une cause d'erreur : la phosphaturie et la présence sur la table d'un flacon d'acide acétique le

rappelle constamment à l'esprit des élèves. Dans les cas où le malade a uriné peu de temps avant l'examen ou ne présente plus d'écoulement il est recueilli des filaments pour en faire l'analyse bactériologique.

La disposition des locaux et du matériel permet d'agir rapidement. L'examen n'a duré que quelques minutes, le malade retourne à la salle d'attente.

Dès que le laboratoire a donné sa réponse, au bout de 30 minutes environ, il est rappelé et se voit indiquer le diagnostic et le traitement à suivre qui est fixé de la façon suivante :

Traitement. — Il lui est remis une feuille de régime imprimée dont on trouvera ici la reproduction (1) et où sont résumés quelques conseils de dié-

1. PRESCRIPTIONS

1° Ne pas avoir de rapports sexuels.
Eviter les causes d'excitation génitale. Se laver les mains chaque fois que l'on aura uriné.
2° Ne pas boire de bière, de vin pur, d'alcool, de café, ni d'eau de Vichy. Eviter les mets épicés.
3° Boire beaucoup d'eau ordinaire, lait, tisanes de queues de cerises, chiendent ou tilleul.
4° Le soir en se couchant, avec une infusion chaude si possible; absorber un des cachets :

Bromure de camphre..... 20 centigrammes
pour un cachet n° 12

5° Porter un suspensoir.

PRESCRIPTIONS

1° Avoir un bock en émail d'un litre et demi au moins.
2° Deux canules de Janet.
3° Permanganate de K..... 3 grammes
Eau distillée..... 300 cc.

Ajouter..... cuillerées à soupe de cette solution à un litre et demi d'eau bouillie chaude pour faire un grand lavage le soir, selon la technique apprise à l'hôpital.

Le

tétique et d'hygiène génitale. Un petit carton rouge pour le permanganate, blanc pour l'oxycyanure indique les concentrations. Il indiquera aux infirmiers que le malade a vu le médecin et ne prend pas les lavages de sa propre autorité. Ce contrôle est utile, car nombre de malades phobiques, en dépit des conseils qui leur sont prodigués, entretiendraient leur écoulement par des lavages trop concentrés et inutiles. Muni de ce ticket de lavage, le sujet est appelé à la salle de traitement d'après son numéro d'ordre.

Il reçoit une serviette qu'il interposera entre son siège et la table, qui lui servira à s'essuyer et qu'en sortant il jettera dans un coffre situé près de la porte. Il procède alors au traitement journalier suivant la technique que nous décrirons plus loin. Deux fois par semaine il revoit un médecin qui procède à l'examen du méat et des urines, dépiste les complications et modifie la concentration du lavage au fur et à mesure de l'évolution.

Chaque lavage durant de 6 à 8 minutes, chaque malade représentant une moyenne de 60 lavages, il est facile de calculer, d'après le nombre des malades nouveaux et la durée des consultations, le nombre de bidets et de tables nécessaires. La consultation de blennorragie de l'hôpital Saint-Louis permet d'assurer chaque soir une moyenne de 420 traitements.

Ayant étudié l'organisation matérielle du service et son fonctionnement, voyons maintenant l'action thérapeutique.

IV

Voici quelques axiomes qui sont à la base du traitement de la blennorragie aiguë urétrale dans le service du Dr Heitz-Boyer.

1° Il est possible de ne pas se résigner en milieu d'hôpital à la méthode de pis-aller du laisser-couler avec ou sans balsamique ;

2° On peut mettre en pratique dans ce milieu le traitement local idéal : le traitement abortif. Il a pu être réalisé à Saint-Louis avec plein succès mais d'une façon temporaire ; ayant dû être abandonné pour des raisons purement matérielles que nous exposerons plus loin, et auxquelles il serait facile de remédier ;

3° A défaut du traitement abortif le meilleur traitement « nosocomial » est l'ancienne et classique méthode des grands lavages ;

4° Ce n'est que d'une façon, tout à fait exceptionnelle que l'on a recours d'emblée au traitement chimiothérapique et vaccinothérapique. Ils atténuent, mais ne guérissent pas (1), sauf cas vraiment rares.

Ces quatre principes résument l'opinion qui dé-

1. Peut-être atténuation.

coule de cette expérience du traitement de la blennorragie à l'hôpital, expérience qui n'avait jamais été tentée avec cette ampleur et qui repose maintenant sur le résultat de cinq ans de fonctionnement journalier à la consultation de Saint-Louis.

Nous allons, maintenant, entrer dans la discussion de chacun de ces traitements en particulier. Nous en montrerons les avantages et les inconvénients, toujours *en nous plaçant exclusivement sur le terrain hospitalier*. Nous pensons rendre un grand service aux médecins des nombreux dispensaires antiblennorragiques, qui vont être prochainement créés en leur exposant, en toute impartialité, les résultats obtenus dans cette première expérience, faite en grand à Saint-Louis, grâce à M. Mourier, comme nous l'avons dit plus haut.

V

LE TRAITEMENT ABORTIF

Nous commençons par lui parce que c'est celui-là qu'il faudrait avant tout réaliser dans l'intérêt du malade, de la Société et même de l'Administration. En effet, ce traitement représente incontestablement un des plus gros progrès qui ait été réalisé, dans le domaine de la blennorragie et même de la thérapeutique en général, dit toujours le Dr Heitz-Boyer, dans la leçon, sur ce sujet, qu'il répète à plusieurs reprises dans l'année tellement il la trouve importante.

1° **Avantages pour le malade.** — La guérison est obtenue en quelques jours au lieu de quelques semaines, ou même quelques mois. Voit-on tout ce que cela représente d'avantages pour un ouvrier ou un employé qui n'aura à craindre que des absences, longtemps répétées, lui fassent perdre sa place ; pour un mari fautif qui n'aura plus à hésiter devant le dilemne : ou refuser à sa femme toute satisfaction conjugale et lui en avouer obligatoirement la raison, ou bien tout lui cacher, et la contaminer !

D'autre part, le malade est à l'abri de complications qui ne sont pas rares : orchite, urétrocystite et surtout de ces affections moins fréquentes, mais redoutables que sont l'arthrite gonococcique et la septicémie. Notre maître cite toujours l'exemple d'un de ses collègues d'internat, qu'une blennorragie condamna à un séjour de 8 mois à l'Hôpital de la Charité. Le Dr Marsan nous a souvent raconté l'histoire d'un de ses malades, un jeune homme de 25 ans dont la colonne vertébrale et toutes les grosses articulations étaient ankylosées. Le malheureux était cloué sur son lit incapable du moindre mouvement. Nous-mêmes, avons assisté à la mort d'un de nos collègues, externe des hôpitaux, tué en quelques jours par la septicémie gonococcique. Au contraire, avec le traitement abortif, guérison rapide et sans complication : tels sont les bénéfices que le malade retire de ce progrès thérapeutique que notre maître n'hésite pas à traiter de merveilleux.

2° **Avantages pour la Société**. — Si l'homme ne pâtit que dans des cas rares de la blennorragie, on peut dire que la femme en est toujours la victime. Le châtiment épargne souvent le contaminateur ; il atteint toujours la malheureuse épouse. Et alors, pour la femme atteinte de métrite, de salpingite, commence ce long martyre sur lequel le Dr Heitz-Boyer insiste toujours longuement dans ses leçons. Dans les classes aisées de la Société, la

femme a le temps et les moyens nécessaires pour assurer un traitement long et coûteux, pour rester au repos des semaines et des mois ; la diathermie et les saisons thermales finiront quelquefois par la guérir. Dans les milieux ouvriers, tenaillée par la salpingite, elle doit néanmoins vaquer aux soins du ménage et s'occuper des enfants, sinon même travailler au dehors, mais ce sera en altérant sa santé ; bientôt, ses souffrances la rendront morose, acariâtre et ensuite feront d'elle une infirme, une impotente. Le mari ne trouvant plus au foyer les soins matériels suffisants, las d'entendre des plaintes et de supporter la continence que lui impose la maladie de sa femme, ira rapidement satisfaire ailleurs ses besoins sexuels Et voilà déjà une des premières conséquences de la blennorragie, maladie sociale : la destruction du foyer. Fatalement un jour ou l'autre la salpingite aboutit à des accidents graves, et la femme ne sauve sa vie qu'au prix de sa fonction maternelle, après avoir encombré durant de longs mois les services chirurgicaux de nos hôpitaux. Elle est désormais une infirme incapable de concevoir : la blennorragie est le principal agent de la dépopulation. Or, l'expérience nous montre qu'un homme récemment atteint de blennorragie contamine rarement une femme : l'impression désagréable que lui cause un écoulement urétral abondant, les conseils qu'on lui a donnés sont encore frais dans sa mémoire. L'agent contaminateur, celui qui diffuse le gonocoque est le plus souvent un

malade à la période terminale ou un infecté chronique. C'est précisément cette catégorie de malade que le traitement abortif fait disparaître puisqu'il guérit rapidement et complètement. Ainsi sont restreintes, au minimum, les sources de contamination : telle est l'influence envisagée au point de vue social du traitement abortif.

3° **Avantages pour l'Administration.** — Ils se traduisent par une économie considérable de personnel et de matériel.

Déjà, à l'heure actuelle, 10 à 15 % des malades nouveaux qui se présentent à la consultation sont justiciables du traitement abortif ; il est aisé de calculer que l'effectif des malades serait diminué d'un cinquième. Mais nous verrons qu'une propagande intelligente et une éducation faite à l'hôpital, apprenant à chaque contaminé, l'existence, en cas d'une nouvelle contamination, de ce traitement précoce, que 40 % en deviendraient applicables.

Le personnel médical et infirmier, actuellement surmené, pourrait consacrer à la surveillance et au traitement de chaque malade plus de temps. Beaucoup de complications, coûteuses pour l'administration, parce qu'elles exigent l'hospitalisation ou entraînent des frais thérapeutiques élevés (gonacrine, thorium X) seraient évitées.

La plupart des malades ignorent l'existence de la méthode abortive. Il faut la leur révéler pour qu'ils puissent en bénéficier, à l'occasion d'une blennorra-

gie ultérieure, pour qu'ils diffusent cette notion autour d'eux et en fassent profiter leurs amis. Des affiches apposées dans les salles d'attente des consultations, un petit entrefilet imprimé sur les feuilles de prescription, réaliseraient à peu de frais une propagande très efficace, qu'Heitz-Boyer réclame avec insistance dans ses leçons. Il y a là un gros effort de propagande à réaliser.

Instrumentation. — L'instrumentation dont nous nous servons à Saint-Louis se compose de :

1° Une seringue de 10 cmc. à bout conique. Janet préconise la seringue à piston. Heitz-Boyer lui préfère, au contraire, la seringue à poire de Bonneau. C'est celle que nous avons employée à Saint-Louis ; elle nous paraît plus robuste, exerce une pression plus douce, elle est moins onéreuse et peut se manier d'une seule main ; elle est plus facile à désinfecter ;

2° Des condoms : non pas le condom courant qui sert la base de la verge et traumatisme l'urètre, mais des condoms larges, du reste assez difficile à se procurer ;

3° Une solution fraîche d'argyrol à 20 %. Son prix élevé a rendu impossible dans le service l'emploi de l'argyrol américain de Barnes, qui est cependant le meilleur, non pas tant par son activité que pour son innocuité absolue pour la muqueuse et son indolence. Nous sommes donc contraints d'utiliser de l'argyrol français aussi actif, mais un peu irritant. Il

entraîne fréquemment des réactions douloureuses et des urétrorragies d'ailleurs minimes.

Mais surtout, il existe certaines préparations françaises comme le phytol : vitallinate double d'argyrol et de cuivre, qui ont les mêmes propriétés que l'argyrol américain et ne sont pas douloureuses tout en étant d'un prix abordable.

Indication du traitement abortif. — Classiquement trois facteurs limitent les indications du traitement abortif :

1° Le temps depuis lequel dure l'écoulement ;

2° La durée de l'incubation ;

3° L'extension de la blennorragie à tout l'urètre ou à sa partie antérieure.

Tissot et Thévenard dans une étude à la consultation de Saint-Louis, se basant sur une expérience de près de 100 cas, ont précisé qu'il faut pour instituer le traitement abortif chez un malade atteint pour la première fois :

1° Qu'il ne coule que depuis 36 heures au maximum ;

2° Que la durée de son incubation ait été d'au moins 6 fois supérieure à celle de son temps d'écoulement ;

Ils traduisent ces deux conditions dans la formule suivante commode à retenir :

$$\frac{\text{Temps d'incubation,}}{\text{Temps d'écoulement.}} > 6.$$

En tout cas, on contrôle toujours les dires du ma-

lade en examinant l'état du méat, la nature de l'écoulement et en vérifiant par l'examen des urines la localisation à l'urètre antérieur seulement.

Il importe de ne tenter le traitement que si toutes ces conditions sont réalisées. En négliger une seule, serait courir à des insuccès, peut-être à des déboires. En règle générale : « Après un abortif raté à l'argyrol de Barnes la blennorragie reste antérieure et guérit vite (Janet). « Mais un abortif raté à l'argyrol français, traumatise la muqueuse et peut entraîner de l'urétrite chimique et un retard de guérison (Tissot). Le phytol évitera ces inconvénients.

Technique. — Pendant trois jours le malade se présente matin et soir à la consultation. Voici la technique qui a été suivie à Saint-Louis. Après avoir uriné le sujet s'étend sur une table et il est procédé à l'injection d'argyrol :

1° Laver le méat à l'eau bouillie ;

2° Injecter quelques gouttes de la solution à canal ouvert et laisser de deux à trois minutes la verge verticale ;

3° Injecter de 2 à 3 cmc. dans les premiers centimètres de l'urètre à canal ouvert, et laisser de deux à trois minutes la verge verticale.

4° Pousser l'injection d'une façon extrêmement lente, en évitant de forcer le sphincter. Généralement 5 cmc. suffisent à remplir l'urètre antérieur. Si le malade souffre, il faut s'arrêter immédiatement. Une fois l'urètre antérieur rempli il faut obturer le méat doucement entre le pouce et l'index, jamais avec un compresseur qui risquerait de traumatiser l'urètre. Garder environ dix minutes à canal fermé

puis laisser s'écouler de temps en temps, une goutte de façon à baigner la fosse naviculaire et la valvule de Guérin toujours infectée.

5° Quand tout l'argyrol s'est écoulé naturellement, garnir la verge d'un condom large au fond duquel on place un tampon de coton. La malade devra éviter d'uriner pendant les 4 heures qui suivent l'injection.

Des vérifications bactériologiques sont faites tous les jours, après la 4e injection, on ne doit plus trouver de gonocoques, ou tout au moins ils doivent être en voie de dégénérescence. Si après la 6e injection, il en reste, l'abortif a échoué, il faut recourir immédiatement aux grands lavages. Sinon le malade est guéri. On pratiquera le 8e jour l'épreuve de la bière, le 15e jour celle du coït.

Pendant toute la durée du traitement abortif, il faut éviter d'avoir recours aux balsamiques et proscrire les boissons abondantes qui feraient uriner trop souvent.

Résultats. — Le traitement abortif étant réservé à ceux seuls qui peuvent en bénéficier et étant appliqué correctement, dans quelle mesure est-on en droit d'escompter le succès en milieu hospitalier ? Tissot et Thévenard, ayant réuni les observations des malades qu'ils ont suivi personnellement à Saint-Louis, atteignent un pourcentage de 80 % de guérison.

Beaucoup d'insuccès sont expliqués par une de ces anomalies de l'urètre ou du méat sur lesquelles Janet a tant insisté depuis 30 ans : trajets para-uré-

traux, diverticules, culs-de-sac, qui a compliqué le traitement ultérieur. Pour les autres, bornons-nous à constater l'imprécision avec laquelle nous sommes réduits à apprécier l'atteinte en profondeur de la muqueuse facteur duquel dépend essentiellement le succès.

Bien que ce traitement soit l'idéal, il faut reconnaître qu'il exige une assiduité très astreignante de la part des médecins qui l'appliquent. Le nombre insuffisant d'Assistants expérimentés, l'impossibilité de faire des examens microscopiques à la consultation du soir, d'autre part les difficultés d'obtenir des solutions fraîches d'argyrol, ont empêché que ce traitement soit appliqué de façon habituelle à la consultation de Saint-Louis. On ne le fait plus que d'une façon irrégulière. Mais combien avec l'organisation que le Docteur Heitz-Boyer envisage, il serait facile de le mettre en pratique d'une façon régulière et définitive.

VI

LES LAVAGES URÉTRO-VÉSICAUX

La blennorragie n'étant grave que par ses complications, le meilleur traitement est celui qui permettra de les éviter et d'obtenir une guérison rapide. Pour atteindre ce but, le traitement abortif moderne est le meilleur, mais à défaut de pouvoir le réaliser, la méthode de Janet est celle qui à l'heure actuelle satisfait le mieux à ces deux conditions. Il faut donc en milieu hospitalier y avoir recours dès que, le diagnostic étant posé, l'abortion de la blennorragie ne paraît plus possible ou a échoué.

Le matériel. — Nous avons décrit avec la salle de lavage les tables, bidets, bocks-laveurs, canules nécessaires au traitement ; nous n'y revenons pas.

Les dosages. — La préparation des solutions se fait extamporanément au moyen d'une solution mère de permanganate de potasse à 1 %.

10 cmc. ajoutés à un litre d'eau donnent une solution à 10 cgr. pour 1.000.

15 cmc. une solution à 15 cgr. pour 1000.
20 — 20 —
30 — 30 —
40 — 40 —

Mieux vaut ne pas employer les paquets de permanganate : ils sont généralement mal dosés (Janet) et, leur dissolution demandant un certain temps, on risquerait d'introduire dans l'urètre de petits cristaux caustiques dangereux pour la muqueuse. De plus, dans un service hospitalier les solutions mères permettent des dosages en série plus rapides et plus précis au moyen d'un verre gradué.

Les premiers lavages se font avec une solution à 10 cgr. pour 1000. En effet, Janet ne cesse d'évoluer sur des solutions de plus en plus faibles tout au moins au début du traitement. Suivant la tolérance de l'urètre, on montera progressivement à 20 centigrammes dose moyenne. On n'a recours qu'exceptionnellement aux concentrations plus élevées, sans jamais dépasser 40 centigrammes pour 1000, et l'indication en sera donnée par la constatation d'un écoulement paraissant rebelle et d'une récidive.

La technique. — Les premiers lavages sont faits à Saint-Louis par un médecin et suivant la technique bien établie par Janet. Le malade ayant uriné s'étend sur une table, les bras allongés le long du corps, et se laisse aller à un relâchement musculaire complet. Une serviette est interposée entre son siège et la

table. Son pantalon baissé aussi bas que possible et protégé des éclaboussures par une toile cirée.

Le bock est élevé à 40 centimètres de hauteur. Le tuyau et la canule sont purgés du liquide froid qu'ils contenaient. On fait pénétrer dans la canule une bulle d'air qui permettra de suivre la rapidité de l'écoulement de la solution.

Le prépuce étant rabattu, l'opérateur saisit la verge de la main gauche, au niveau du sillon balano-préputial, sans la comprimer. Sa main droite ayant ouvert la pince qui oblitère le tube, le serre entre le pouce et l'index, immédiatement au-dessus du brise-jet, ce qui permet de régler l'intensité de l'écoulement.

Premier temps. — Nettoyage à distance du gland du sillon balano-préputial, du frein, de la fosse naviculaire et du méat dont on écarte largement les lèvres. On use pour cela environ 100 cmc. de liquide.

Deuxième temps. — Lavage de l'urètre antérieur à canal ouvert. La canule est mise au contact du méat, mais sans jamais l'oblitérer complètement. On laisse le liquide pénétrer par à coup progressivement jusqu'au bulbe. Les doigts de la main gauche qui palpent l'urètre, le sentent se remplir. Au moment où il va se mettre en tension, on retire la canule et on la laisse se vider.

Ce deuxième temps doit donc être constitué par une série d'applications et de retraits de la canule, de façon à provoquer une sorte de massage hydrau-

lique du canal. On a soin une ou deux fois au cours de l'opération de faire sourdre par une pression douce sur le périnée le liquide qui reste dans le cul-de-sac du bulbe. Le lavage de l'urètre antérieur nécessite environ un demi-litre de liquide.

Troisième temps. — Lavage de l'urètre postérieur.

« Du moment que l'on entre dans l'urètre postérieur, il faut y pénétrer largement sous peine de « l'infecter » (Janet).

Le bock est placé à 80 cm. au dessus de la table. La canule vient oblitérer progressivement le méat. On recommande au malade « de se laisser aller comme s'il urinait dans un bain ». Il relâche ainsi son sphincter. La bulle d'air, la sensation de frémissement urétral que perçoivent les doigts de la main gauche témoignent de la pénétration du liquide. A un moment donné le malade éprouve le besoin d'uriner. Il est préférable de le faire se lever, la vessie ne se vidant bien que dans la station verticale. Si le lavage a été insuffisant comme quantité ou qu'il revienne trouble, on en pratique un second suivi encore de miction immédiate. « Il ne faut jamais en effet laisser stagner dans la vessie du permanganate qui va se précipiter au contact des urines et l'ensabler provoquant des coliques vésicales. »

Il est rare que l'on arrive à franchir le sphincter lors d'un premier lavage. Même, quand la pression et la température du liquide sont optima, même

quand le malade se laisse aller à un relâchement musculaire complet, il arrive souvent que le sphincter résiste. C'est par la persuasion et non par la force qu'il faut le vaincre, nous enseigne Janet. Ce qu'il faut absolument éviter, c'est d'énerver le malade, de le faire souffrir, de laisser refroidir le liquide contenu dans la canule et d'exagérer la pression. Le sphincter finit généralement par s'éduquer, et il est rare que l'on n'obtienne pas à la 2e ou à la 3e séance le résultat recherché. Ce n'est qu'en cas d'insuccès répété que l'on a recours à l'injection dans l'urètre de 2 à 3 cmc. d'une solution de cocaïne, de stovaïne ou mieux encore de butelline à 1 ou 2 %. Par crainte d'accident, on évite d'avoir recours à cette anesthésie, quand il existe une urétrorragie même minime. Dans les cas habituels, un lavage quotidien suffit. Aucune interruption du traitement ne peut être tolérée : « le gonocoque ne connaît pas les jours fériés » (Tissot). Dans les cas aigus, il vaut mieux avoir recours à deux lavages par jour, à concentration faible : 10 centigrammes pour 1000.

Contre-indications. — Elles sont assez restreintes :

1° Les blennorragies suraiguës : Chaude pisse cordée avec douleur à la miction, écoulement abondant mêlé de sang (Chaude pisse russe), lymphangite de la verge, œdème du gland avec grosse adénopathie inguinale. Dans ces cas, on limite pendant

quelques jours les lavages à l'urètre antérieur avec des solutions faibles ;

2° Une orchi-épidydimite : l'écoulement a généralement considérablement diminué : de plus, l'on peut craindre que le malade n'attribue à nos lavages la responsabilité d'une bilatéralisation ;

3° Une urétrite postérieure aiguë avec pollakiurie, urines troubles et sanglantes ;

4° La coexistance d'un chancre doit faire écarter le malade des consultations hospitalières jusqu'à la cicatrisation : il faut prévoir la contamination toujours possible d'un infirmier ou des autres malades. D'ailleurs le traitement arsénical atténue d'une façon certaine les phénomènes blennorragiques et l'on a moins de scrupules à priver momentanément ces malades du bénéfice des grands lavages.

Dans tous les autres cas, qu'il y ait ou non complication associée, la méthode de Janet est appliquée dans le service de Saint-Louis dès le premier jour.

Il est évident que dans un service hospitalier qui traite de 500 à 600 malades par jour tous les lavages ne peuvent être faits par des médecins, souvent en nombre très restreint ce qui est le cas à St-Louis. Ils doivent donc être confiés à défaut, à des infirmiers spécialisés dont la grande expérience nous est un sûr garant de la valeur professionnelle.

La solution idéale serait d'avoir des « Assistants » bien rémunérés, bien éduqués, restant plusieurs

mois et sur lesquels on aurait une action qu'on ne peut pas avoir sur des externes, qui ne sauraient se consacrer à « laver des chaude pisses » pendant un temps prolongé, auront autre chose à faire et à apprendre, surtout ceux qui préparent l'internat.

Mais surtout, il faut recourir à l'AUTO-LAVAGE.

Après un apprentissage de 5 lavages environ faits par le médecin ou un infirmier du service, un sujet d'intelligence moyenne est à même de pratiquer sans inconvénient des auto-lavages. Il est facile de calculer qu'une consultation ouverte 4 heures par jour et recevant quotidiennement 30 malades nouveaux nécessitera un personnel d'au moins 7 infirmiers à la salle de traitement.

La réalisation des auto-lavages est facilitée par l'utilisation des bidets et des bocks auto-laveurs créés par les docteurs Heitz-Boyer et Tissot. Ces méthodes répugnent à de nombreux auteurs : selon eux, la méthode de Janet serait inapplicable à l'hôpital, elle donnerait, disent-ils, des désastres. Nous ne prétendons certes pas qu'elle soit l'idéal, mais elle donne des résultats très satisfaisants, et la plus grosse des objections qu'on pourrait lui faire tombe devant la rareté des complications : sur 100 malades traités régulièrement dans le service, six seulement font des complications.

Le traitement par les grands lavages ainsi appliqué à Saint-Louis depuis 5 ans a montré que générale-

ment 60 lavages suffisent à amener la guérison, guérison confirmée par les épreuves de la bière, du nitrate et du coït. Nous sommes loin évidemment des statistiques brillantes de Janet, mais n'oublions pas qu'il s'agit du traitement hospitalier. Et l'on doit admettre que le fait de guérir une blennorragie en une moyenne de deux mois avec un minimum de complication, affirme la supériorité des auto-lavages qui ne sont, répétons-le, qu'un pis-aller sur les autres méthodes de traitement de la blennorragie.

Traitement médical associé aux grands lavages. — A chaque malade il est remis la feuille de régime que nous avons précédemment reproduite. Toute thérapuetique interne associée aux grands lavages nous paraît en effet inutile pendant la période active du traitement, les balsamiques tels que l'arrhéol étant réservés à la période ultime et l'on se borne à prescrire quelques cachets de bromure de camphre, tant pour éviter les érections que pour satisfaire l'esprit du malade qui réclame toujours un traitement interne et pour éviter qu'il n'aille dépenser son argent en médicaments inutiles et coûteux.

VII

AUTRES MÉDHODES DE TRAITEMENT

Pouvons-nous affirmer qu'en dehors de la méthode de Janet il n'y a pas de guérison possible de la blennorragie ? Evidemment non. Les traitements qui ont été proposés sont nombreux. Ils ont tous des succès à leur actif et ceci se comprend d'autant plus facilement que la blennorragie chez l'homme peut guerir d'elle-même au bout d'un temps plus ou moins long suivant l'importance des lésions glandulaires.

Le seul reproche que l'on peut faire aux grands lavages, c'est de nécessiter une organisation hospitalière coûteuse et un personnel nombreux, de prendre beaucoup de temps au malade. Quelques auteurs y ont même vu une contre-indication formelle et ont recours à d'autres méthodes en apparence plus simples.

Prenant nettement position en faveur de la méthode de Janet, nous affirmons qu'aucune de ses rivales ne peuvent lui être comparées parce que :

1° Elles n'empêchent pas les complications.

2° Aucune d'elles n'agit plus rapidement.

Nous allons passer rapidement en revue les

méthodes les plus usuelles anciennes : laisser-couler et balsamiques, puis celles qui ont été préconisées récemment : la vaccinothérapie, la chimiothérapie par la gonacrine, la diathermie suivant la méthode de Rouqueyrol.

Le laisser-couler. — La vieille méthode de Ricord reposait sur une donnée exacte : la blennorragie est une maladie cyclique, il faut la laisser évoluer comme une pneumonie. Rappelons rapidement qu'elle consistait à favoriser l'écoulement par des boissons alcalines et des tisanes émollientes en évitant toute absorption d'alcool. Le malade coulait à flot, tachant son linge et ses vêtements et attendait avec impatience que son écoulement devienne muqueux et filant pour terminer la cure par l'emploi des balsamiques ; ce qui demandait plusieurs semaines ou plusieurs mois ?

Dans la plupart des cas il guérissait ; mais très souvent l'épithélium urétral baignant dans le pus se modifiait, s'altérait et on assistait à l'apparition d'une goutte militaire, puis plus tard d'un rétrécissement. C'est pour ces raisons qu'il vaut mieux ne pas tenter de ressusciter, à la façon du Dr Alex Renault ou du Dr Carles (de Lyon), la méthode du laisser-couler. Elle représente actuellement dans le domaine de la blennorragie ce que la liqueur de Gibert est dans celui de la syphilis. En aucun cas, elle ne saurait se justifier comme traitement normal.

Les balsamiques. — Leur action sur le gonocoque est loin d'être prouvée. Ont-ils une valeur prophylactique au point de vue des complications ? Quelques auteurs le nient, d'autres l'admettent Mais ces derniers reconnaissent la nécessité d'utiliser de fortes doses souvent mal tolérées par le malade.

Les balsamiques semblent agir, plus comme modificateurs de la muqueuse que comme agents actifs. Ils diminuent l'écoulement et laissent indemnes les microbes. Leur emploi ne peut donc se justifier qu'à la période de suintement consécutif à la disparition du gonocoque (Lavenant), et dans ce cas, ils peuvent rendre de réels services. Janet conseille de ne pas associer les balsamiques aux lavages. Ils empêchent de suivre l'évolution de la maladie, constituant un véritable trompe-l'œil et n'avancent pas la guérison d'un seul jour. Reconnaissons de plus que les formes galéniques des balsamiques ne nous engagent pas à les prescrire. Le copahu est un médicament peu actif, le cubebe est un produit infect et répugnant. Nous ne saurions donc retenir que le santal dont l'efficacité n'est pas discutable mais qui n'est pas inoffensif pour le tube digestif et les reins. L'arrhéol spécialité malheureusement coûteuse et que l'Assistance ne peut fournir, paraît à Heitz-Boyer, être la meilleure forme de balsamique.

La vaccin othérapie. — Pour apprécier son utilisation en milieu hospitalier nous ne pouvons mieux

faire que de rappeler les conclusions des rapporteurs Minet et Debains relatives à la vaccinothérapie, à la XXIIIe session de l'Association française d'urologie, en 1923.

1° Les vaccins ne sont jamais dangereux, les réactions qu'ils provoquent sont anodines, de courte durée, facilement acceptées par les malades.

2° Dans quelques cas exceptionnels, ils produisent un effet immédiat surprenant. Dans les cas habituels ils peuvent raccourcir la durée de l'écoulement. Ils luttent efficacement contre les douleurs de l'épidydimite au début, surtout contre celles de l'arthrite, permettent souvent d'éviter l'immobilisation, facteur d'ankylose. C'est le traitement de choix dans les complications gonococciques.

3c Jamais dangereux, souvent salutaires, les vaccins antiblennorragiques ne peuvent jamais nuire au malade et souvent les améliorent. Leur emploi semble légitime.

Janet de son côté conclut : « Efficacité à peu près universellement reconnue dans les cas de complications septicémiques de la blennorragie, beaucoup moins certaine pour les complications de voisinage et tout à fait discutable pour l'affection gonococcique elle-même.

Des essais furent faits sur une vaste échelle dans le service du Dr Heitz-Boyer. Ils ont corroboré entièrement les conclusions de Janet. Le vaccin utilisé fut celui de l'Institut Pasteur. Il renferme 4 milliards de germes par cmc. Il est polyvalent et provient de 10 souches : 7 d'urétrites aiguës et chroniques, 3 de septicémies, une de péritonite mortelle.

Les injections sont faites tous les deux jours par voie sous-cutanée ou mieux encore par voie intramusculaire à la partie supéro-externe de la fesse.

Cette dernière nous paraît donner une action plus rapide du vaccin et une réaction locale mieux supportée. On commence par une dose très faible : 1/4 de cmc. Deux jours plus tard la dose est portée à 1/2 cmc. si la pemière injection a été bien supportée. On augmente ainsi progressivement les doses en se guidant sur la façon dont l'organisme supporte le vaccin jusqu'à la dose maxima de 2 cmc.

Le vaccin ne nous a pas paru exercer d'action efficace sur la blennorragie urétrale et n'a pas empêché l'apparition des complications. Par contre, il nous a donné des résultats encourageants dans les orchi-épidydimites et le rhumatisme : fait qui avait déjà été signalé par la plupart des auteurs s'étant occupés de la question (1).

La sérothérapie. — Nous avons utilisé dans le service le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur, seulement contre certains cas d'arthrite blennorragique avec des résultats très encourageants. Nous en parlerons donc à propos de complications. Les injections sont faites par voie intramusculaire et il ne nous a jamais été signalé d'accidents, ce qui se comprend du reste très bien étant donné que le choc anaphylactique grave ne s'observe que quand l'injection déchaînante a été faite par voie intraveineuse ou rachidienne. L'appréhension que quelques médecins conservent vis-

1 Le lysat-vaccin antigonococcique Dr du Duchone'st ctuellement à l'étude à la consultation des femmes.

à vis de la sérothérapie ne saurait donc être justifiée et ils se privent d'un agent thérapeutique qui nous a donné dans certains cas des résultats intéressants.

VIII

LA CHIMIOTHÉRAPIE PAR LA GONACRINE

Nous ne parlerons pas ici de chimiothérapie de la blennorragie par les arsenicaux (Janet et Lévy-Bing, Ducœux, etc...), les sels d'argent associés aux vaccins (Tansard), le violet de gentiane ou le liquide de Cano ; méthodes abandonnées même par leurs auteurs.

Le mercurochrome 220 de Young n'a jamais été employé dans le service d'urologie de l'Hôpital Saint-Louis et très peu en France par suite de la difficulté réelle qu'il y a, à se procurer ce produit onéreux.

Les principaux sels d'acridine, tous très voisins d'ailleurs, proposés ces dernières années pour le traitement intra-veineux de la blennorragie sont :

la trypaflavine ;
la proflavine ;
l'argoflavine ;
la gonacrine

et tout récemment la chromacrine (Paradis, Alvarez).

Nous n'avons l'expérience personnelle que de la trypaflavine et de la gonacrine, substances très voisines d'ailleurs puisque nous tenons de source sûre que le même brevet sert en France et en Allemagne pour les deux produits.

Tout le monde connaît à l'heure actuelle les travaux et les conclusions du Professeur Jausion du Val-de-Grâce sur la technique et les résultats de l'emploi de la gonacrine intra-veineuse. Les très nombreux travaux qui se succèdent sans interruption depuis cinq années à ce sujet sont la meilleure preuve de l'intérêt que cette méthode a suscité.

On peut dire, sans crainte de se tromper que le service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis fut le second en France à utiliser cette méthode avec l'autorisation de M. le docteur Heitz-Boyer. Et dès février 1926 le docteur Jean Tissot publiait dans le *Journal de Médecine de Paris*, le traitement, aujourd'hui presque classique, de l'urétro-cystite blennorragique aigüe par les injections intra-veineuses de gonacrine ; puis en avril de la même année une étude d'ensemble sur 17 cas très suivis (Société de Médecine de Paris) dont voici les conclusions :

« En résumé, la méthode de Jausion ne nous a pas donné les très beaux résultats obtenus par son auteur dans les blennorragies récentes ni dans les complications para-urétrales, sauf dans la cystite. Ce qui revient à dire qu'alors que cette méthode a été préconisée comme d'usage habituel et dans tous les cas elle nous semble au contraire consti-

tuer un traitement d'exception mais d'une efficacité certaine. »

Depuis cette époque MM. Tissot, Ferrier, Chaignon et Thévenard ont utilisé très souvent les injections intra-veineuses de gonocrine ou trypaflavine dans le traitement de la blennorragie et de ses complications. On peut dire sans exagérer que près de 20 à 30 injections intra-veineuses de ces produits sont faites chaque jour. D'abord systématiquement et avec un succès presque constant dans les urétro-cystites et les prostatites aiguës.

Dans les orchi-épidydimites et le rhumatisme résultats inférieurs à ceux du vaccin de l'Institut Pasteur.

Dans la blennorragie féminine résultats très décevants (réapparition des gonocoques après une période de disparition passagère).

Dans l'urétrite blennorragique de l'homme en employant la gonacrine seule en injections intraveineuses, nous avons observé les résultats suivants :

1° *Au début* (*1er à 6e jour*) : résultats nets et presque constants : diminution rapide et très marquée (quelques heures) de l'écoulement mais *action passagère*;

2° En pleine blennorragie : 2 verres troubles, infection profonde de la muqueuse, etc..., résultats beaucoup moins nets et certainement inférieurs à ceux obtenus par les grands lavages;

3o Dans les blennorragies prolongées 2,3 mois et plus, résultats inconstants mais souvent bien entièrement parce que cas difficiles, chroniques, rebelles aux autres traitements.

Depuis quelques mois dans le service de Saint-Louis on a associé les injections intra-veineuses de gonacrine dès le début de l'écoulement aux grands lavages au permanganate. Les résultats ont semblé dans l'ensemble intéressants : chez les 3/4 des malades ainsi traités (une centaine environ) on a constaté une diminution plus rapide de l'écoulement et souvent, la persistance de la clarté du deuxième verre pendant toute la maladie, témoignant ainsi du non envahissement de l'urètre postérieur. Fait remarquable mais peut-être heureux hasard ; aucun de ces malades de cette série de 100 malades (approximativement) n'a présenté de rhumatisme blennorragique. Nous avons remarqué également que la gonacrine agissait beaucoup mieux sur les sujets jeunes et vigoureux, ayant des reins et un foie en parfait état (ce qui expliquerait les très beaux résultats obtenus dans l'armée par M. le Professeur Jausion) que sur les sujets âgés, fatigués, hépatiques surtout. Dans tous les cas où l'élimination par les urines nous a paru retardée et le malade présenter de petits symptômes d'intoxication gastro-hépatique se traduisant par : nausées, vertiges...

Des phénomènes nets d'intoxication ont été signalés et ont été observés dans le service à plusieurs reprises. Les malades se plaignant d'asthénie, de

somnolence, d'inappétence, de troubles digestifs : vomissements, diarrhée et de troubles cutanées : éruption papuleuse d'allure urtiarienne mais non prurigineuse et faisant penser à celle de la fièvre typhoïde. Dans tous les cas où ces phénomènes d'intoxication ont été observés l'examen ultérieur et attentif des malades a montré qu'il s'agissait d'hépatiques latents ou ayant présenté auparavant de petits troubles d'hépatisme (cholémie familiale, etc...).

Observation de M. le Dr Chaignon.

M. Ma..., 37 ans, se présente au Dr Chaignon pour un écoulement et urines louches avec filaments purulents. Depuis plusieurs semaines, il se faisait traiter pour blennorragie. Il avait reçu une dizaine d'injections intra-veineuses de gonacrine, qui sur le moment avaient été très bien tolérées. Mais quelques jours plus tard, brusquement l'état général du patient s'altère : il se sent fébrile ayant souvent une température à 39°, des frissons, une sensation de lassitude très marquée, un état saburral assez inquiétant : nausées, vomissements, et un subictère bien caractérisé des téguments.

Le Docteur Chaignon qui voit le malade à ce moment, ne laisse pas d'être inquiet, se demandant si les phénomènes actuels ne sont pas imputables au traitement par la gonacrine, fait auparavant. Il conseille à son malade le repos, la diète, quelques antiseptiques biliaires et urinaire. Sous l'influence de ce traitement, il a constaté en quelques semaines la rétrocession de tous les signes digestifs et cutanés, l'asthénie a disparu

Très prudemment, il a fait quelques grands lavages urétro-vésicaux, quelques massages de prostate, quelques dilatations aux béniqués et tous les phénomènes qui avaient amené le malade à consulter ont disparu. Actuellement, il est tout

à fait guéri. Ses urines sont claires sans filaments, sa prostate normale. Aucune sécrétion urétrale.

Nous ne saurions donc trop attirer l'attention sur ces faits et un examen approfondi des urines au point de vue albumine et pigments biliaires nous paraît absolument indispensable avant d'entreprendre un traitement intra veineux par les sels d'acridine.

Ceci confirme les constatations de Jausion qui pense que ce produit agit en proportion de la quantité éliminée par l'urine, faisant fonction d'agent antiseptique sur la muqueuse infectée.

Inconvénient de la gonacrine. — 1° Nous passerons rapidement sur ceux qui proviennent d'une faute de technique et qui cependant peuvent être fréquents au milieu hospitalier (Changements fréquents des externes, matériel défectueux, aiguilles émoussées, mauvais raccords, etc...) Ces accidents sont cependant d'une *gravité réelle* car quelques gouttes de la solution de gonacrine à 2 % répandues dans le tissu cellulaire péri-veineux, donnent toujours une induration douloureuse et quelquefois une excarification empêchant le malade de travailler. Ce seul argument suffirait à lui seul à en restreindre l'usage en milieu hospitalier ou dans un dispensaire en raison des plaintes toujours possibles de la part des malades ainsi traités;

2° Nous avons exposé plus haut les ennuis d'into-

lérance pouvant se produire chez des malades à déficience hépatique ; .

3° De plus, ce traitement peut gêner considérablement des malades mariés ou vivant dans leur famille et dont les urines « jaune d'or » provoquent des taches révélatrices sur les sous-vêtements ;

4° Dans les pays chauds, et en France en été, les phénomènes de photo-sensibilisation ne sont pas à négliger et causent souvent aux malades des coups de soleil violents de la tête et du cou (parties découvertes) ; accidents locaux très pénibles s'accompagnant de plus de céphalée et de fièvre.

En résumé, la méthode de Jansion est certainement intéressante. Elle n'a pas constitué chez nos malades de Saint-Louis le traitement spécifique qu'annonçait son auteur ; par ailleurs, elle présente, nous l'avons vu, certains inconvénients d'une part de technique (injection intra-veineuse devant être parfaite et répétée tous les deux jours) et d'autre part d'intoxication qui chez des malades dont le foie n'est pas en parfait état, peuvent être sérieux. En revanche, surtout associée au traitement classique des grands lavages, elle nous a paru raccourcir dans un grand nombre de cas la durée du traitement et éviter l'apparition de complications. C'est donc une médication à laquelle on pourra recourir d'emblée et qui en tous cas se trouvera alors particulièrement indiquée lorsque des phénomènes d'urétro-cystite suraiguë existeront.

Traitement par la Haute-fréquence. — Enfin, nous dirons un mot de ce que l'on peut attendre en milieu hospitalier d'agents physiques récents dont le principal est la *Haute-fréquence*. On sait la part capitale qu'Heitz-Boyer a prise pour introduire ce nouvel agent thérapeutique dans l'urologie depuis la fin de 1909. Naturellement il a pensé immédiatement à s'en servir contre le gonocoque. Oudin son initiateur et son maître en électrothérapie n'avait-il pas montré le rôle bactéricide des courants de haute fréquence ? Très rapidement, Heitz-Boyer a constaté son efficacité restreinte et surtout sa difficulté d'application dans la blennorragie aiguë, et, ajoute-t-il surtout sa nocivité possible : *il reste en effet fidèle au grand axiome de Janet* : « *Ne pas introduire dans un urètre enflammé par la blennorragie aiguë le moindre instrument.* » En revanche il montrait les merveilleux effets de cette haute fréquence dans les cas subaigus et surtout dans les chroniques, faisant dès 1920 une communication sur ce sujet à la Société française d'Urologie et inspirait en 1921 la thèse d'Avodi.

Roucayrol, déniant au permanganate de potasse toute action antiseptique en profondeur, a proposé au contraire ces dernières années l'action des courants de haute fréquence dans le traitement des blennorragies aiguës :

« Le traitement précoce, sinon abortif des blennorragies aiguës par les lavages si admirablement réglés par Janet ne satisfait pas mon esprit. Un antiseptique quel qu'il soit en

même temps qu'il tue le microbe laise les cellules de la muqueuse et paralyse les moyens de défense.

Sabouraud a démontré l'impossibilité de désinfecter la peau avec des antiseptiques.

Je pensais qu'il serait possible en élevant artificiellement la température du corps, de tuer les microbes dont les cultures ne résistent pas à 39°. En somme en créant une fièvre artificielle sans que le sujet ait à en faire les frais épuisants. Un seul procédé permet d'obtenir cette élévation de température profonde : la haute fréquence « (Roucayrol) ».

Il se base en outre sur ce fait que les cultures de gonocoque sont stérilisées par les courants de haute fréquence, dont nous avons vu l'action bactéricide propre en dehors de toute action calorique.

L'instrumentation se compose d'un générateur de courant d'Arsonval, d'une sonde conductrice ou thermophore qu'on introduit dans l'urètre et d'un enregistreur électrothermique qui permet de régler la température et de ne pas dépasser 48 cent. température optima qui exalte la vitalité cellulaire (d'Arsonval).

Roucayrol aurait constaté dans les urétrites blennorragiques aiguës : une sédation immédiate de la douleur, une disparition très rapide du gonocoque et des microbes associés et de l'écoulement urétral. Il aurait guéri 100 % des blennorragies aiguës datant au maximum de 48 heures et aurait obtenu la guérison en trois jours de 85 % des urétrites aiguës à gonocoque pur ou associé.

Malheureusement, Roucayrol ne nous indique pas le nombre des malades observés ce qui enlève beaucoup de valeur à sa statistique et nous permet de discuter la valeur de sa méthode. On peut de plus, être sceptique sur ses idées théoriques : en ce qui concerne la stérilisation des cultures de gonocoque par les courants de haute fréquence il faut considérer qu'il ne s'agit que d'une simple expérience de laboratoire ; il est extrêmement facile de tuer *in vitro* une culture de gonocoque par l'action d'une seule goutte d'une solution infinitésimale de n'importe quel antiseptique. C'est là un phénomène bactériologiqne courant, et nombreux sont les microbes qu'il est aisé de vaincre *in vitro* et qui, *in vivo*, tapis dans les replis de la muqueuse, à l'intérieur des cellules, se montrent rebelles à l'action de nos agents chimiqnes et physiques. L'idée de vaincre le gonocoque par la chaleur n'est pas nouvelle : Quelques urologistes avaient cru en élevant la température des lavages au maximum pouvoir tuer le gonocoque. En réalité, comme l'a démontré Janet, la durée de l'action calorique est très faible pour prétendre agir sur la muqueuse. Pour un bénéfice nul, ces spécialistes exposaient leurs malades à des brûlures et à des urétralgies persistantes. Admettons qu'avec son enregistreur thermo-électrique Roucayrol ait éliminé ces dangers, il lui reste à démontrer que le bénéfice a été plus grand.

Mais nous ne saurions en outre suivre cet auteur quand il met en doute l'action en profondeur des an-

tiseptiques et leur danger pour les cellules. Il s'agit là d'un problème de biologie plus théorique que pratique, et l'accord fait universellement sur les méthodes de Carrel et de Grossich, les conclusions de tous les urologistes nous permettent d'envisager comme certaine l'action du permanganate sur le gonocoque et son innocuité pour la muqueuse.

Mais avant tout, l'application de cette technique, alors même quelle donnerait déjà dans la blennoragie aiguë les résultats merveilleux du 100 % publiés par Roucayrol, ne présenterait pas d'intérêt pratique en milieu hospitalier : un seul appareil coûte un prix extraordinairement élevé et n'est capable d'un débit que de 2 à 3 malades à l'heure (il faut en effet 20 minutes au minimum pour qu'un effet diathermique constant se produise dans un tissu au contact de l'électrode). Dès lors, avec les 3 et 400 malades qui viennent chaque matin à notre consultation de Saint-Louis, que serait au point de vue rendement les 9 ou 12 unités susceptibles d'être traitées par matinée par chaque appareil ! Cette seule considération suffit pour faire réprouver cette thérapeutique en milieu hospitalier. D'ailleurs la cherté de l'appareil a empêché qu'il soit fourni au service d'urologie de Saint-Louis.

IX

LES COMPLICATIONS DE LA BLENNORRAGIE ; LEUR TRAITEMENT

Même en clientèle, entre les mains du plus soigneux des urologues une complication peut survenir au cours du traitement actif de la blennorragie par les lavages : Cette éventualité rare, quand les lavages sont pratiqués par le médecin et d'une façon correcte, s'est montrée également fort rare dans le milieu hospitalier de Saint-Louis, malgré, que comme nous l'avons vu, l'autolavage puisse être seul pratiqué d'une façon régulière. Ce fait vérifié par 5 ans d'expérience prouve l'utilité de cette dernière technique, quand elle a été bien apprise et qu'elle est surveillée.

Leurs causes. — La plupart des complications observées, plus des 9/10 relève d'un traitement que le malade a entrepris de lui-même ou sur le conseil d'un ami avant de venir consulter, et dans presque tous les cas la responsabilité de ces complications incombe à la petite seringue.

Il semble qu'à l'heure actuelle il ne soit plus permis

d'hésiter entre les lavages au bock et les injections à la seringe : exception faite pour le traitement abortif, la seringue doit céder la place au bock dans le traitement de la blennorragie, aussi bien à l'hôpital qu'en clientèle privée. Au cours, de ces dernières années le Dr Carle, (de Lyon) a cherché à prôner à nouveau la petite seringue de 12 cmc. Son grand argument est évidemment ce fait qu'il peut confier le traitement au malade lui-même, ce qui permet d'envisager d'une façon très simple le problème nosocomial de la blennorragie. Mais Janet, puis Uteau ont depuis longtemps condamné la petite seringue comme dangereuse et inefficace dans le traitement de la blennorragie, même entre les mains d'un spécialiste. La thèse du Dr Carle ne saurait donc être retenue, le malade se servant tout aussi facilement et avec beaucoup moins de danger d'un bock que d'une seringe.

Nous ne saurions mieux conclure qu'en reproduisant l'opinion du Dr Tissot, chef de la Consultation externe du service du Dr Heitz-Boyer :

En dehors du traitement abortif par l'argyrol et de la cocaïnisation de l'urètre je ne vois aucune utilité à la seringue urétrale dans le traitement de la blennorragie. Ces deux manœuvres devant être effectuées par le médecin lui-même il y aurait intérêt pour la santé publique à ce que la vente des seringues urétrales à piston soit interdite. C'est l'arme la plus dangereuse au cours d'une blennorragie et on la met entre toutes les mains. Vous connaissez tous son emploi Après avoir uriné, le malade s'introduit lui-même dans l'uretère les médicaments les plus divers et les plus

baroques issus de l'imagination d'un pharmacien ou d'un ami : permanganate à une concentration toujours trop forte, oxycyanare, protargol, airol, réargon, gonosan, etc... J'ai même observé des injections de teinture d'iode, d'alcool camphré, de térébenthine, de vin blanc et d'essence d'automobile avec les résultats que vous pensez. Aussi, à côté de la recette de M. Janet, pour attraper la chaude-pisse je me permets de vous proposer celle-ci pour l'aggraver :

1° Un conseil maladroit et incompétent d'un ami ou d'un pharmacien ;

2° Quinze jours de laisser couler ;

3° Une petite seringue à piston dur et une forte solution antiseptique.

Si avec cela vous n'attrapez pas une bonne complication c'est qu'un Dieu vous protège.

Ce préambule ayant été établi et nous plaçant à un point de vue purement objectif et pratique, nous étudierons ici les complications de la blennorragie et leur traitement sous l'angle du médecin assurant un service hospitalier : pour celui-ci deux grandes catégories de malades retiennent son attention à des titres différents.

1° Les malades atteints de complications *aiguës* : prostatite aiguë, orchi-épydydimite, urétro-cystite, cowpérites et littrites aiguës, arthrites, conjonctivites.

2° Les malades atteints de complications chroniques qui peuvent se résumer en un mot : la goutte militaire, urétrite gonococcique ou non, est retenue à des titres différents par la prostatite, péri-urétrite, littrites, etc... Affections extrêmement répandues, désespérantes par sa durée et par sa résistance aux

thérapeutiques classiques, tels qu'instillation de protargol, nitrate d'argent, etc..., et qui est aussi fréquente en milieu hospitalier qu'en clientèle privée. Ce fut d'ailleurs encore un des points où la première expérience d'une consultation hospitalière fut surprenante, car dans la plupart des traités classiques, le malade phobique de sa goutte matinale ou d'urétralgie est décrit comme un intellectuel, s'hypnotisant sur son urètre. Or, à la consultation journalière de l'hôpital Saint-Louis nous avons constaté qu'en moyenne, un quart des malades nouveaux qui venait consulter pour des troubles analogues appartenait cependant au milieu ouvrier. Ces psychopathes dont l'inquiétude est tristement exploitée par des pseudo-spécialistes sans conscience et par une publicité mensongère nous arrivent toujours dans un état psychique très déficient, et le premier soulagement que nous puissions apporter à ces malades consiste à les pendre à part et à les rassurer. Là encore la spermoculture et des examens bactériologiques incomplets ou inexacts (pseudo-gonocoques, synocoques, etc.), ont jeté dans ces âmes simples un trouble profond qui peut les conduire aux pires extrémités.

Ce sont pourtant souvent de vrais malades cependant, parfois contagieux et toujours très affectés par leur urétrite chronique. Depuis quelques années, grâce aux progrès de l'urétro-cystoscopie permettant de mettre en évidence les lésions si fréquentes de l'uretère postérieur et de la prostate, une action

thérapeutique s'impose, dans la plupart des cas l'étincelage de haute fréquence seul capable de venir à bout des néo-formations muqueuses et des cavernules prostatiques, comme l'a montré Heitz-Boyer. Grâce à cette thérapeutique nouvelle associée aux moyens classiques : dilatation, massage, etc..., nous avons eu la satisfaction dans le service de Saint-Louis de guérir complètement de très nombreux malades ayant épuisé, souvent à grands frais, tous les autres moyens préconisés jusqu'ici. Les indications, la technique, les résultats détaillés de cette transformation de la thérapeutique usuelle et de son remplacement par des méthodes modernes feront d'ailleurs le sujet d'une prochaine thèse d'un de nos collègues et ami : M. Pierre Loup.

X

MALADES ATTEINTS DE COMPLICATIONS AIGUËS

Nous étudierons ces complications aiguës ainsi que les traitements qui leur sont appliqués dans le service du Dr Heitz-Boyer à l'Hôpital Saint-Louis par ordre de fréquence :

1° La protastite ;
2° L'urétro-cystite ;
3° L'orchi-épidydimite ;
4° Les littrites et cowpérites aiguës ;
5° Les arthrites ;
6° La conjonctivite.

1° **Les prostatites aiguës.** — C'est la complication la plus fréquente. Quand elle survient au cours du traitement elle est très atténuée et passe le plus souvent inaperçue, ce qui explique que nous ne la trouvions mentionnée que sur 15 pour 1000 des fiches de la consultation. Elle est cependant habituelle parmi les malades nouveaux s'étant soignés d'une façon quelconque, mais elle n'est pas recherchée d'une façon systématique à la période aiguë

ou subaiguë par le toucher rectal de peur de déterminer des orchi-épidydimites (Janet).

Les lavages sont continués à faibles doses comme le préconise Janet. De petits lavements chauds, des suppositoires à l'ichtyol sont prescrits au malade à qui l'on remet l'ordonnance modifiée plus ou moins suivant les particuliers :

1° Matin et soir, avec une poire à lavement de 150 cmc. environ, introduire dans le rectum, un lavement d'eau bouillie très chaude à garder 10 minutes.

2° Pour la nuit, introduire dans le rectum et le garder, un des suppositoires suivants :

Ichtyol.....	0 gr. 15 centigr.
Onguent napolitain.....	0 gr. 10 —
Extrait de belladone....	trois —
Beurre de cacao.....	Q. s.

Pour un suppositoire pour adultes n° 10

Janet proscrit d'une façon formelle les massages précoces : il les accuse d'avoir produit plus d'épididymites qu'ils n'ont guéri de prostatite. Pour décongestionner la prostate les classiques lavements chauds très bienfaisants ; mais plus efficace est encore la haute fréquence procurée par Heitz-Boyer employée en diathermie avec comme électrode une bougie d'Hegar dans le rectum, soit en étincelles condensatrices par les tubes à vide, celle-ci amenant l'évacuation abondante de sécrétions.

C'est en effet là le point capital du traitement ; vider les lumières glandulaires de leur contenu sans

traumatiser le parenchyme. C'est seulement quand la prostate sera décongestionnée et molle que l'on fait appel au massage. Le malade va se faire remplir la vessie dans la salle de traitement avec une solution de permanganate et d'oxycyanure de mercure à concentration faible, puis il revient se faire masser par le médecin et urine dans un verre. La solution antiseptique ramène les mucosités accumulées dans l'urètre postérieur ; il suffit de la décolorer avec du bisulfite de soude pour se rendre compte si elle est limpide ou trouble.

Le gros abcès de la prostate ne se voit guère que chez les malades qui ont été mal soignés. Il nécessite l'hospitalisation du sujet en vue d'une intervention chirurgicale. Depuis l'ouverture du service du Dr Heitz-Boyer une dizaine seulement d'abcès de la prostate ont été hospitalisés, dont 4 ont nécessité des interventions chirurgicales.

2° **Les urétro-cystites aiguës** (dites cystites blennorragiques). — Ce que l'on décrit à tort sous le nom de cystite blennorragique n'est le plus souvent qu'une urétrite postérieure suraiguë : distinction déjà signalée par Cathelin et sur laquelle Janet insiste. La muqueuse vésicale est en effet assez résistante au gonocoque, alors que celle de l'urètre postérieur l'est beaucoup moins du fait de sa structure histologique (épithélium pavimenteux).

Si les grands lavages constituent théoriquement la meilleure thérapeutique il faut bien reconnaître

qu'ils sont souvent mal tolérés et difficiles à faire surtout quand ils sont confiés aux malades. Ils sont la cause d'orchi-épidydimites en balayant le bouchon muqueux de défense des orifices des canaux éjaculateurs, de même que les instillations de nitrate d'argent, pourtant classiques, mais abandonnées à la consultation externe pour les mêmes raisons. Mieux vaut donc les interrompre pendant quelques jours et chercher à désinfecter le carrefour urogénital par une médication interne.

La gonacrine agit efficacement et amène rapidement la disparition de la pollakiurie et des hématuries terminales. C'est à Tissot que revient le mérite d'avoir souligné le premier en mars 1926 cette efficacité particulière. Dans le service, depuis cette date, tout malade présentant des symptômes dits de cystite blennorragique est immédiatement soumis à un traitement intensif par la gonacrine ; il reçoit tous les jours à jeun une injection intraveineuse de 5 cmc. de la solution à 2 %. Généralement on constate une amélioration nette dès la première ou seconde injection ; on ne dépasse jamais 5 ou 6 injections.

A la gonacrine il faut adjoindre un régime diurétique à base de tisanes (graine de lin, buchu, etc...) avec au besoin du benzoate de soude associé ou non à l'urophormine pour acidifier l'urine au cas où elle serait alcaline.

L'abondance des urines assure en effet le balayage physiologique des sécrétions qui encombrent l'urètre postérieur, et calme le spasme du col vésical

qui, de cette façon ne se contracte pas à vide sur lui-même. D'ailleurs il est rare que quelques injections de gonacrine n'amènent une sédation des phénomènes douloureux et les grands lavages peuvent alors être repris sans inconvénient.

3° **Les orchi-épidydimites**. — L'orchi-épidydimite blennorragique est la complication douloureuse, tangible qui force le malade se traitant lui-même à venir consulter et chercher des soins éclairés à l'hôpital car elle le gêne dans son travail.

Chaque matin le chef de la consultation externe a à examiner une moyenne de 4 ou 5 cas de lésions orchi-épidydimaires chez des malades nouveaux. C'est un point sur lequel il attire l'attention des élèves au début de chaque année, et il les prie de faire passer à son examen particulier tous les malades atteints ou se plaignant d'affections des bourses. Cette façon d'agir a présenté de nombreux avantages, sur lesquels nous allons insister ne serait-ce que pour éviter les erreurs de diagnostic.

1° Elle a permis de dépister et d'opérer à temps des séminomes et tumeurs mixtes du testicule : 3 cas en 1928 et 2 cas en 1929;

2° De diagnostiquer d'une façon précoce les lésions baciliaires de l'épidydime. Il est d'ailleurs intéressant à noter ici combien ces lésions sont fréquentes en milieu hospitalier surtout chez des jeunes gens. Ces épidydimites bacillaires sont généralement primitives ou coïncident avec des lésions de même nature

vésicales ou rénales, ce qui a permis plusieurs fois de reconnaître et d'opérer des malades atteints de tuberculose rénale. Depuis l'ouverture du service, constatation qui à notre connaissance n'a été signalée nulle part qu'ici, il a été donné d'observer une vingtaine de cas d'épidydimite bacillaire nette (ayant suppuré ou dont le diagnostic a été confirmé à l'intervention chirurgicale) ayant succédé à des orchi-épidydimites blennorragiques du même côté. En général les lésions bacillaires sont apparues chez les malades jeunes fatigués par une blennorragie longue, avec poussée inflammatoire d'orchite à répétition mais fait à noter, tous guéris de leur urétrite à ce moment-là et présentant des urines claires.

3° Il a été possible de faire des diagnostics extrêmement intéressants de syphilis du testicule. Nous en avons personnellement observé deux cas qui ont été rapidement améliorés par un traitement spécifique suivi dans un des services de syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Louis où nous les avions adressés. A ce sujet, il est à noter que sur des milliers de testicules soigneusement examinés à la consultation externe il n'a jamais été porté de diagnostic d'épidydimite syphilitique secondaire de Dron.

Le nombre important d'orchi-épidydimites blennorragiques observées (plus de 2.000) provenant surtout, répètons-le de malades nouveaux a permis d'autres constatations et considérations sociales et hospitalières intéressantes. Tout d'abord il y a lieu

de noter l'énergie et la résistance à la douleur de nos malades parisiens atteints de cette complication. Il est vraiment rare de les voir demander à être hospitalisés. La plupart acceptent très volontiers et demandent même un traitement ambulatoire. Souvent même des malades nous ont déclaré continuer à travailler (parfois à des travaux pénibles : triporteurs, camionages, déchargement de charbon) sans que pour cela nous ayons observé chez eux une bilatéralisation de l'affection. Il est à remarquer au contraire que les malades appartenant à des administrations, ou payés au mois demandent presque tous un certificat leur permettant d'obtenir un nombre élevé de jours de repos. Chez ces malades il est curieux de constater combien les noyaux habituels d'induration de la queue de l'épididyme restent longtemps douloureux et provoquent, d'après leurs dires, des irradiations pénibles le long du cordon et dans l'aine. Il y a donc tout lieu de penser qu'avec l'assurance-maladie obligatoire, la moyenne du nombre des journées de maladie pour orchite blennorragique augmentera sensiblement. Nous avons noté également une plus grande pusillanimité chez les malades étrangers et particulièrement chez les Arabes. Ces constatations montrent donc que l'hospitalisation n'est pas indispensable dans la plupart des cas d'orchi-épididymite blennorragique. Dans le service du Dr Heitz-Boyer, sont seuls hospitalisés les malades atteints de forme suraiguë, pseudo-phlegmoneuse

où les bourses sont tendues et très douloureuses, la marche presque impossible la température élevée et l'état général fortement atteint. Ces malades y restent généralement alités une dizaine de jours, les bourses soutenues non par la classique planchette pénible à supporter et immobilisant mal les testicules, mais par un simple morceau de fort carton incurvé en gouttière, capitonné de coton cardé et de ce fait épousant mieux la forme du scrotum.

Ils sont soumis de plus au traitement vaccino au séro-thérapique que nous allons décrire.

1° *La vaccinothérapie*. — Il ne saurait être question d'autovaccin, leur préparation exige de 4 à 5 jours et le malade demande à être soulagé immédiatement. C'est donc au stock-vaccin, celui de l'Institut Pasteur en particulier, que nous avons recours suivant la technique déjà écrite. Pendant toute la période aiguë de l'épidydimite les lavages sont interrompus pour permettre au malade de se reposer chez lui d'une façon complète. Il restera couché, les bourses soutenues par un carton incurvé et ne se lèvera que muni d'un suspensoir pour venir subir tous les deux jours son injection de vaccin. Des compresses très chaudes, humides, appliquées sur les bourses trois ou quatre fois par jour calment la douleur aussi bien que toutes les pommades préconisées. Dans les cas très douloureux on se trouvera bien de maintenir en permanence une vessie de glace sur les bourses ou d'utiliser le liniment au gaiacol à 2 % préconisé par Janet.

La vaccinothérapie et le repos amènent la sédation rapide de la douleur et des phénomènes congestifs, en une moyenne de 12 jours. A ce moment l'écoulement qui était devenu insignifiant ou avait même disparu peut subir une recrudescence. Les lavages qui avaient été supprimés durant la période aiguë sont repris après avoir été limités à l'urètre antérieur pendant quelques jours.

2° *La sérothérapie.* — Heitz Boyer a réalisé le premier en 1912 le traitement des orchi-épidydimites blennorragiques par le sérum anti-méningococcique. Il en a précisé la technique dans la thèse de son élève Schmutz. Les injections intra-musculaires sont de 20 cmc. de sérum et sont répétées tous les 4 à 5 jours. L'action analgésiante est extrêmement rapide puisque quelques heures après l'injection la douleur a disparu. Dès le lendemain la température est tombée, l'œdème superficiel a disparu et la tuméfaction est considérablement réduite. Après une deuxième injection il ne persiste plus dans l'épidydime redevenu souple qu'un petit noyau indolore. Au bout de 10 jours le malade peut reprendre ses occupations. Chose remarquable, alors qu'Heitz-Boyer avant la guerre alors qu'il remplaçait M. Michon à Ricord, avait eu à l'utiliser dans de nombreux cas, il n'a eu à le mettre en œuvre que très rarement dans son service de Saint-Louis.

3° *Les injections intra-épidydimaires d'électrargol.* — Certains auteurs ont proposé il y a une dizaine d'années les injections intra-épidydimaires d'élec-

trargol comme traitement indolore et rapidement curatif de l'épidydimite gonococcique. Cette méthode comme beaucoup d'autres n'a connu qu'une vogue éphémère et a dû notamment être interdite dans l'armée où son auteur avait cherché à l'implanter à la fin de la guerre. Nous ne l'avons jamais utilisée à Saint-Louis. Contrairement aux affirmations de ces protagonistes, elle est très douloureuse, nécessitant l'hospitalisation que nous évitons le plus souvent par la vaccinothérapie. Elle n'est pas, de plus, sans danger, car elle provoque une sclérose intense de l'épidydime entraînant donc fatalement la stérilité du côté injecté alors que dans bien des cas d'orchi-épidydimites doubles blennorragiques abandonnés à eux-mêmes ou traités par le vaccin on a pu retrouver des spermatozoïdes dans le liquide séminal (Chevassu).

4° **Les cowpérites aiguës.** — Les cowpérites aiguës suppurées sont des complications rares qui nécessitent généralement l'hospitalisation pour être incisées au moment opportun et dans de bonnes conditions. Nous en avons observé fort peu de cas dans le service de M. le Dr Heitz-Boyer. Deux cas par an en moyenne. Cela tient en partie à ce que ces malades vont à ce moment-là dans les consultations du service de chirurgie générale où ils sont souvent étiquetés : abcès périnéal. Ces cowpérites aiguës abcédées guérissent généralement très vite après incision et pansement à plat. On doit noter de

plus que probablement par suite du bloquage total du long canal excréteur de ces glandes et de sa sclérose probable nous n'avons jamais vu ces malades réinfecter leur urètre par de la cowpérite chronique.

Les littrites aiguës. — Elles apparaissent en moyenne vers la 3e ou 4e semaine d'une blennorragie qui résiste au traitement. Le malade, et souvent même le médecin, ne s'en aperçoivent pas sauf en cas d'abcès de la paroi inférieure de l'urètre. L'évolution se fait selon trois processus différents :

1° Un enkystement rapide avec oblitération du conduit excréteur aboutissant a la litthrite dite en grain de plomb que l'on a tout intérêt à laisser se résorber d'elle-même.

2° Une suppuration prolongée avec induration des parois de la glande persistance de la perméabilité du canal excréteur, lésion fréquente, sérieuse, source de réinfection continuelle de l'urètre. Janet prétend que l'on ne doit pas masser ces glandes sur béniqué, comme cela est fait couramment depuis les travaux de Motz.

Je ne considère les littrites comme des repaires gonococciques que quand elles forment de véritables abcès glandulaires. Des littrites miliaires étant parfaitement capables de guérir par les traitements habituels de la blennorragie et ne nécessitant aucune intervention spéciale ne constituent pas à proprement parler des repères urétraux.

Beaucoup d'auteurs attribuent aux glandes de Littles une

influence néfaste sur l'évolution de la chaude-pisse. Il semble, à les entendre, que quand elles sont infectées tout est perdu. Tout traitement de douceur est déclaré impuissant. Il faut mettre en branle contre elle tout l'arsenal des béniqués, des dilatateurs à branches et de l'endoscopie.

Ils se figurent que les gonocoques cachés dans ces innombrables petites glandes ne pourraient en sortir sans leur intervention et que toute guérison est impossible sans leurs massages évacuateurs.

Je suis d'un avis tout à fait différent, basé sur la loi générale suivante :

Toute glande, si profonde soit-elle, infectée par les gonocoques à sa surface interne, dans son épithélium, sous son épithélium, et même dans ses espaces périglandulaires se débarrasse absolument de ses envahisseurs par ces propres moyens pourvu qu'elle conserve sa contexture anatomique primitive.

Tant que le gonocoque est contenu dans des muqueuses ou des glandes bien vivantes ayant conservé leur épithélium modifié par l'état inflammatoire mais encore normal, les forces curatives naturelles suffisent à l'expulser ou à le détruire. En un mot une glande infectée mais non abcédée se débarrasse d'elle-même de ses gonocoques sous l'influence des lavages urétraux (Janet).

Malgré ces affirmations les massages sur béniqué droit sont couramment employés à la consultation externe du service de M. le Dr Heitz-Boyer et cela avec de bons résultats comparables en tous points à ceux décrits par Motz. Dans les cas rebelles et chroniques ces littrites miliaires bénéficient du traitement moderne par l'étincelage de haute fréquence suivant une technique particulière qui sera décrite plus loin.

3° L'évolution se fait vers la formation rapide

d'un véritable abcès sous-urétral par la destruction complète de la glande et sa transformation en une poche de pus entourée d'une coque épaisse. Le canal excréteur ayant été naturellement complètement oblitéré. Tissot incise par voie externe ces grosses littrites suppurées et enkystées.

Pendant longtemps nous avons appliqué au traitement de ces littrites la technique classique employant un urétroscope à vision directe, le couteau de Kollmann, ou une petite pointe de galvano cautère. Le plus souvent nous nous sommes heurtés à un certain nombre de difficultés. Tout d'abord on voit mal ces littrites dans la lumière du tube endoscopique car elles ont perdu toute adhérence avec la muqueuse urétrale qui ne présente aucun aspect particulier de coloration à leur niveau. D'autre part, avec le couteau de Kollmann la muqueuse saigne facilement et dès le premier abord, avec la pointe du galvano-cautère on est gêné par la fumée. Enfin les résultats thérapeutiques ne nous ont jamais paru satisfaisants car la façon forcément incomplète dont on ouvre cet abcès ne peut assurer un drainage parfait. Il persiste après ces interventions une sorte de cavité mal drainée qui constitue un excellent repaire pour la flore microbienne urétrale.

Nous avons constaté ainsi dans d'assez nombreux cas une réinfection de l'urètre par du gonocoque ; dans d'autres cas une persistance d'un suintement dû à cette cavité suppurée sorte de diverticule para-urétral qu'il devient alors très difficile de désinfecter et qui laisse toujours une induration dans le corps spongieux.

C'est pour éviter ces ennuis que nous avons été amenés à envisager l'ouverture de ces littrites par la face inférieure de la verge. Le drainage filiforme appliqué à certains cas ne nous a pas donné de résultats parfaits. Il laisse derrière lui des fistules pendant assez longtemps et vide incomplètement ces littrites qui sont toujours entourées d'une coque

fibreuse assez épaisse. Aussi nous a t-il paru plus simple de pratiquer l'incision externe soit au bistouri, soit au galvano-cautère.

L'incision au bistouri est très facilement supportée grâce à une anesthésie légère au chlorure d'éthyle. Celle au galvano-cautère avec quelques gouttes de novocaïne. La peau une fois incisée sur la ligne médiane on tombe sur une coque fibreuse épaisse qu'il importe d'ouvrir largement et la littrite se vide instantanément contenant souvent un dé à coudre de pus bien lié. On place pendant un jour ou deux une petite mèche iodoformée ou au péroxyde de zinc et l'on est surpris de voir la rapidité de la cicatrisation en quelques jours.

Le reproche théorique que l'on adresse d'emblée à cette méthode c'est de créer vraisemblablement des fistules urétrales dont personne n'ignore la gravité. De suite je puis dire que nous n'en avons jamais observé et cela se comprend puisque nous ne proposons ce traitement que pour des littrites enkystées par oblitération totale du canal excréteur.

A l'heure actuelle, nous avons incisé ou fait inciser de cette façon plus d'une cinquantaine de ces littrites sans jamais observer de fistule urétrale ni cicatrice adhérente ou vicieuse gênant l'érection (Tissot).

Les arthrites blennorragiques. — Depuis l'ouverture du service en 1925, il est intéressant de noter que le nombre des arthrites blennorragiques observées a été en décroissance et qu'il n'en a guère été observé qu'une cinquantaine de cas pendant l'année 1929 alors qu'en 1926 et en 1927 nous en avions vu plus de 100.

Les malades atteints de formes aiguës, pseudo-phlegmoneuse, avec température élevée et atteinte sévère de l'état général sont immédiatement hospitalisée.

Les injections intraveineuses de gonacrine préconisées par certains auteurs contre ces formes, n'ont pas donné dans le service de résultats encourageants, pas plus d'ailleurs que d'autres thérapeutiques classiques : vaccinothérapie, immobilisation. La sérothérapie (sérum de l'institut Pasteur par voie intra-musculaire) a au contraire toujours donné des résultats encourageants. Il n'a pas été pratiqué d'injections intraveineuses de sérum antigonococcique selon la technique de MM. Ravaut et Ducourtious.

Dans les formes subaiguës, lorsque la température est revenue aux abords de la normale, ainsi que dans les formes chroniques, un nouveau médicament : le thorium X a été introduit et employé dans le service par M. le Dr Marsan à la suite des travaux et publications des Drs Léri, Stéphen Chauvet, Aubertin, Mathieu-Pierre Weil à Paris et Aversencq de Toulouse.

Cette thérapeutique très intéressante vient de faire l'objet d'une communication à la Société d'urologie française par MM. Heitz-Boyer, Marsan et Tissot.

Nous y renvoyons pour l'exposé détaillé et résumeront seulement ici quelques faits particulièrement probants.

La première tentative fut faite en 1927 chez un terrassier de 25 ans atteint d'une arthrite du coude gauche particulièrement sévère puisque l'on avait dû l'immobiliser dans un plâtre et qu'il était sérieu-

sement question d'intervenir chirurgicalement pour laver l'articulation à l'éther. La première injection amenait une sédation rapide de la douleur. Au bout de quelques jours le malade pouvait ébaucher des mouvements de flexions, puis parvenait à porter la main sur l'épaule du côté opposé. Au bout d'un mois, après 4 injections de thorium X le malade quittait l'hôpital guéri et en mesure de reprendre son travail.

Depuis, le thorium X a été utilisé à la consultation externe du service du Dr Heitz-Boyer d'une façon systématique dans le traitement des formes arthralgiques et plastiques et a toujours donné de bons résultats.

Nous rappellerons que le thorium X est un corps radio-actif à vie courte : au bout de trois jours il a perdu la moitié de sa puissance; au 10e jour il est complètement inefficace. Nous l'avons fait dans le service en injections intraveineuses car par voie sous-cutanée ou intra-musculaire il est souvent douloureux et a pu parfois entraîner des escarres. Nous commençons à la dose de 50 microgrammes et nous augmentons progressivement, par échelons de 25 micros, sans jamais en dépasser 200. Une injection toutes les semaines a été suffisante, 7 ou 8 se sont montrées nécessaires pour obtenir lr guérison dans la plupart des cas.

Les effets constatés ont été les suivants ; le thorium X calme rapidement la douleur, il a permis ainsi d'éviter l'immobilisation de l'articulation, fac-

teur d'ankilose. Dans tous les cas il y a eu une amélioration et dans quelques cas le résultat a dépassé toutes les espérances.

Comme l'action stimulante du thorium X s'exerce non seulement sur l'organisme, mais également sur les microbes il y a lieu de ne l'employer que quand la température est inférieure à 38°. Son emploi est aussi contre indiqué chez les hypotendus.

Quelle que soit la valeur du thorium X dans le traitement des arthrites gonoccocciques la meilleure chose est encore de les éviter et l'expérience faite à la consultation externe de Saint-Louis nous permet d'affirmer qu'un malade qui a suivi régulièrement son traitement par les grands lavages est le plus souvent à l'abri de cette redoutable complication.

La démarcation est souvent difficile entre les complications suraiguës et les complications chroniques, celles-ci que le patient résume sous le nom de goutte militaire nécessiterait un long chapitre ; et qui rendrait notre thèse démesurément volumineuse. Volontairement nous laissons de côté toute cette partie de l'activité du service de Saint-Louis qui sera exposée, comme nous l'avons dit plus haut, dans la thèse prochaine de mon collègue Loup.

XI

LE TRAITEMENT HOSPITALIER DE LA BLENNORRAGIE FÉMININE

La diffusion extrême de la blennorragie doit, comme l'a montré Janet, être attribuée dans une large mesure à la méconnaissance et à l'insuffisance du traitement de la blennorragie féminine. L'homme guérit presque toujours spontanément au bout d'un temps plus ou moins long ; la femme ne guérit pas si elle n'est pas traitée.

Méconnaissance de la blennorragie. — Si dans quelques cas relativement rares, des femmes récemment contaminées présentent des symptômes d'une acuité telle qu'elles viennent spontanément se présenter aux consultations hospitalières, dans l'immense majorité des cas, la blennorragie revêtant d'emblée une allure discrète, sinon presque latente ; les malades ont tendance à négliger une affection à manifestations atténuées dont elles ignorent la contagiosité et la gravité réelles, jusqu'au jour où une contamination ou une complication vient éveiller l'attention.

Insuffisance du traitement. — Le gonocoque chez la femme présente des localisations multiples : urètre, glandes de Skène, glandes de Bartholin, col utérin pour ne citer que les plus habituelles. Certes, ces foyers peuvent n'être pas tous atteints. Encore faut-il reconnaître et traiter tous les repaires microbiens jusqu'à guérison complète. L'oubli d'un seul d'entre eux pouvant rendre vain un traitement prolongé. Or, pratiquement, que fait-on trop souvent d'une façon presque automatique : des injections, des topiques, des pansements assurent tant bien que mal la désinfection du vagin et du col utérin, l'urètre et les glandes annexes de la vulve et de l'urètre étant le plus souvent oubliés.

De toutes ces constatations, on peut donc conclure que :

1° Le diagnostic de la blennorragie féminine est sinon difficile, du moins délicat et qu'il nécessite toujours un examen clinique systématique, des prélèvements multiples et des examens bactériologiques précis ;

2° Le traitement de la blennorragie sera long, régulier et particulièrement minutieux.

Déjà en clientèle privée où le nombre des malades est relativement restreint, on se heurte à certaines difficultés de réalisations en raison de la longueur du traitement. On conçoit donc que le problème soit singulièrement plus difficile à résoudre à l'hôpital où l'encombrement est vite réalisé.

Nous allons décrire le fonctionnement de la consultation féminine qui a été créé en février 1927 à l'hôpital Saint-Louis par MM. Mourier et Rebeillard et rattaché au service de M. le Dr Heitz-Boyer. Nous montrerons que comme à la consultation des hommes il y a été fait œuvre utile et pour employer l'expression chère à Janet que la « chasse au gonocoque » y a été fructueuse. L'examen des malades, ainsi que leur traitement, sont d'ailleurs réglés suivant l'ordre et la technique minutieusement décrits par Janet et nous verrons que l'application de sa méthode de traitement de la blennorragie féminine, faite pour la première fois en grand en milieu d'hôpital a donné des résultats excellents.

Réception des malades, leur inscription. — Les consultations de l'hôpital Saint-Louis sont données dans une vaste salle à laquelle les malades accèdent directement par une entrée absolument spéciale et que ne signale à l'attention aucune affiche. Une infimière inscrit les noms et adresse sur une fiche spéciale numérotée et percevait le coût des consultations qui sont actuellement gratuites. Il nous semble que l'accès direct à la salle de consultation et le numérotage des fiches qui permet l'anonymat au cours des traitements et des examens ultérieurs présentent un réel intérêt. Pour regrettable que soit le préjugé de la « maladie honteuse » il n'en faut pas moins compter avec lui et il faut reconnaître que trop de malades sont encore

détournés des consultations hospitalières par la crainte d'indiscrétion possible. Le rigoureux anonymat est d'ailleurs respecté dans des dispensaires subventionnés par diverses lignes et cette mesure est particulièrement appréciée des malades.

Le diagnostic. — La patiente, après son inscription se présente devant le médecin chargé de la consultation. Celui-ci procède à l'interrogatoire usuel et précise : la date du début de l'affection, les conditions d'apparition, la nature et l'intensité des signes fonctionnels, les antécédents de la malade.

Celle-ci se dirige ensuite vers une des trois cabines réservées au déshabillage où elle attend à l'abri des regards indiscrets de subir l'examen clinique : celui-ci est pratiqué sur une des 4 tables gynécologiques du modèle courant à dossier mobile recouvert d'une alèze, tandis que le siège de la malade est protégé contre toute souillure par une serviette qui est jetée après l'examen dans un récipient spécial.

L'examen comporte après nettoyage de la vulve avec un tampon imbibé d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1 p. 6000 l'exploration :

1° De l'urètre qui est exprimé doucement d'arrière en avant par l'index gauche tandis que les doigts de la main droite écartent les lèvres ;

2° Des glandes de Skène qui sont en raison de la variabilité de leur nombre et de leur siège recherchées minutieusement ;

3° Des orifices des glandes de Bartholin, tandis qu'une pression légère exercée sur la glande s'efforce d'en exprimer les sécrétions.

Toutes les sécrétions, même d'aspect banal sont recueillies séparément à l'aide de lances de platine flambées, étalées sur des lames séparées et numérotées dans un ordre déterminé afin d'éviter les confusions.

Le spéculum stérilisé par l'ébulition est ensuite introduit doucement, le col nettoyé et un dernier prélèvement intra-cervical et juxta-orificiel est pratiqué.

Enfin le toucher vaginal est effectué suivant les règles classiques.

L'examen une fois terminé, toutes les constatations cliniques sont inscrites sur la fiche de la malade tandis que les urines sont recueillies par miction dans deux verres séparés et que les prélèvements sont portés au laboratoire de bactériologie où l'on pratique immédiatement les examens microscopiques.

Ceux-ci sont faits avec soin car il est souvent difficile de mettre en évidence le gonocoque au milieu d'une abondante flore microbienne secondaire.

Le traitement. — Le traitement est alors prescrit et réalisé par une infirmière spécialisée et dans un ordre déterminé sous la direction du Dr Ferrier et Grollet et assistés d'un externe-adjoint. Nous prendrons à titre d'exemple le cas communément

observé de la blennorragie « basse et complète ».

Après désinfection de la vulve avec un tampon de coton imbibé de la solution faible d'oxycyanure, le traitement des glandes de Skeme est effectué par injection dans leur canal excréteur d'une petite quantité de la soltion d'argyrol à 20 %, traitement facile à exécuter à l'aide d'une seringue de 2 cmc. sur laquelle est montée la canule créée par Janet.

Puis, à l'aide de la canule courbe du même auteur, la désinfection des glandes de Bartholin infectées est réalisée avec la même solution d'argyrol par injection poussée doucement dans le canal excréteur.

Le spéculum est mis en place et, après nettoyage du col avec le tampon monté sur la pince à pansement, le lavage prudent et doux du col et du canal cervical est effectué avec la solution de permanganate dont la concentration varie de 13 à 30 centigrammes pour 1000 suivant l'intensité de l'inflammation en recourant au laveur à jet récurrent de Janet.

Enfin, le lavage de l'urètre au permanganate à concentration basée encore sur l'acuité de l'inflammation est effectuée, soit à l'aide de la canule conique, soit à l'aide de la sonde lorsque le spasme sphinctérien empêche la pénétration du liquide antiseptique dans la vessie. La malade se lève et évacue ensuite sa vessie par miction.

En somme, dans la majorité des cas nous avons à la consultation de Saint-Louis recours au traitement

antiseptique local réalisé suivant les règles proposées par Janet, car nous estimons qu'actuellement c'est le procédé le plus constant et le plus sûr dans ses résultats.

A ce traitement local essentiel direct est naturellement adjoint le traitement adjuvant classique. Une ordonnance (1)est remise à chaque malade où sont consignées les règles de diététique usuelles et les soins qu'elle peut assurer elle-même.

La vulvo-vaginite gonococcique assez facilement aux injections de permanganate à dose élevée : de 50 centigrammes à 1 gramme p. 1000 à la condition que ces injections soient prises chaudes à faible pression en position couchée. Nous les confions à la patiente dès qu'elle a pu les réaliser correctement devant l'infirmière chargée de lui en enseigner la technique.

Tel est, brièvement décrit, le traitement de la blennorragie appliqué couramment à la consultation féminine du service du Dr Heitz-Boyer à l'hôpital Saint-Louis. Bien entendu, les modalités varient avec chaque cas particulier et nous décrirons plus loin les thérapeutiques que l'on peut lui associer ou lui substituer, mais il nous paraît utile de suivre tout d'abord notre malade au fur et à mesure que l'affection évolue vers la guérison. Cette dernière

1. Faite sur le modèle de celle des hommes, mais la consultation des femmes ne possède pas encore d'ordonnances imprimées.

est avant tout la résultante, non seulement d'une bonne technique, mais de la régularité et de la fréquence des traitements.

Comme pour les hommes, des consultations biquotidiennes le matin de 8 h. 30 à 10 heures le soir de 6 heures à 7 h. 30 assurent la continuité et la fréquence du traitement, car, comme chez l'homme, les cas aigus nécessitent deux traitements par jour. La disproportion entre le nombre des consultantes du matin et de celles du soir suffit à prouver d'une façon évidente combien a été heureuse la création de ces consultations du soir.

Celles-ci doivent d'ailleurs être uniquement réservées en raison de l'affluence des patientes, au traitement de la blennorragie aiguë, les examens spéciaux endoscopiques par exemple étant pratiqués plus utilement lematin en raison du moindre encombrement.

Comment obtenir cette autre condition essentielle : la régularité au cours de ces traitements multiples? En multipliant les examens, en suivant les malades, en leur faisant comprendre non seulement la nécessité d'une observation rigoureuse des règles thérapeutiques prescrites, mais encore en leur témoignant un réel intérêt. L'urologiste doit être avant tout un psychologue tant qu'il n'aura pas gagné la confiance de sa malade, il n'a pas grande chance de succès.

C'est d'ailleurs grâce à ces examens répétés et en suivant les progrès de l'amélioration que telle ou telle modification de technique sera apportée.

Reprenant l'exemple de notre malade atteinte de blennoragie aiguë à foyers multiples, nous procéderons de nouveau à un examen très complet vers le 5e ou 6e jour du traitement. Souvent les phénomènes aigus sont déjà notablement amendés ; nous augmenterons la concentration du permanganate utilisé pour les lavages de l'urètre, nous noterons la guérison d'une glande de Skene ou de Bartholin, d'autres fois nous découvrirons un foyer méconnu lors du premier examen.

Plus tard, vers la 3e semaine, nous aurons la satisfaction de noter la considérable diminution de l'écoulement urétral et des sécrétions purulentes du col. Nous pourrons alors intervenir efficacement en associant ou en substituant aux lavages l'emploi de pansements avec divers topiques : glycérine hichtiolée, nitrate d'argent, crayons d'argyrol en particulier préconisés par Janet et qui achèvent si souvent la guérison d'une cervicite ou d'une urétrite.

La longue description de ces procédés thérapeutiques ne saurait entrer dans le cadre de cette thèse dont le but est surtout de montrer comment on peut réaliser pratiquement par une organisation méthodique un traitement aussi minutieux que celui de la blennorragie féminine.

Que l'on veuille bien nous permettre cependant une courte disgression. Au cours de ces dernières années de nombreuses méthodes thérapeutiques ont été proposées et si le traitement antiseptique local reste le traitement de base il va sans dire que nous

aurons recours comme chez l'homme, à la vaccinothérapie, à la chimiothérapie et à la diathermie dans le traitement de certaines formes récidivantes et surtout des complications.

Les complications autres, métrites et salpingo-ovarites ne sont pas du ressort de l'urologiste et appartiennent à la gynécologie. Mais d'ailleurs avec le traitement méthodique et régulier décrit plus haut, ces complications deviennent exceptionnelles et c'est la meilleure preuve de l'utilité d'une action thérapeutique contre cette maladie peut-être, telle grâce à M. Mourrier, Heitz-Boyer a pu la réaliser pour la première fois dans le service de Saint-Louis.

XII

RÉSULTATS STATISTIQUES.

Statistiques. — Maintenant, pour terminer, qu'il nous soit permis de donner quelques chiffres qui nous permettront de faire reposer les conclusions de ce travail sur des bases précises et objectives :

Après un mois de fonctionnement la consultation le 19 juin 1925, donnait des soins à 117 malades.

Le 1er janvier 1926 l'effectif était porté à 3.310.

Le 1er janvier 1927 l'effectif était porté à 7.423.

Le 1er janvier 1928 l'effectif étaitportée à 9.728.

Le 1er janvier 1929 l'effectif était porté à 9.820.

Le 1er janvier 1930 l'effectif était porté à 10.900.

Plus de 40.000 malades ont donc passé à la consultation depuis son ouverture jusqu'en 1930 ; dans le même laps de temps il a été administré 750.000 lavages.

Que sont devenus ces malades ?

53 % ont disparu avant d'être soumis aux test de guérison. Nous les rangerons en deux catégories :

Les uns ont abandonné après quelques lavages soit par négligence, soit parce que l'éloignement

de leur travail ne leur a pas permi de venir de façon régulière.

Les autres nous ont quitté à la veille de la guérison, l'écoulement étant souvent arrêté. Si nous ne pouvons apporter à leur égard aucune certitude il est logique d'admettre qu'ils ont pratiqué de leur propre chef les épreuves de guérison et que ne voyant pas réapparaître l'écoulement, ils se sont considérés guéris Leur assiduité pendant les 30 et même souvent les 60 jours durant lesquels ils se sont soumis à notre autorité ne laissent envisager que cette hypothèse ou celle d'un départ en province. D'ailleurs, beaucoup nous sont revenus à l'occasion d'une nouvelle blennorragie, témoignant qu'ils étaient satsfaits des soins qui leur avaient été antérieurement donnés.

Toutes les guérisons ont été vérifiées par l'épreuve de la bière ou du nitrate, par l'épreuve du coït pratiquée 15 jours après les premières et par la limpidité des urines.

Sur 100 guérisons :

60 ont été obtenues en moins de deux mois,
31 ont été obtenues en moins de trois mois,
4 ont été obtenues en moins de quatre mois,
5 coulaient encore après le 4e mois.

Sur 1.000 malades qui se sont présentés sans complications et se sont soumis au traitement :

708 ont guéri sans complications,
134 ont présenté des épidydimites,

110 ont présenté des urétro-cystites,
30 ont présenté des prostatites aiguës,
18 ont présenté du rhumatisme.

Ces chiffres témoignent de la rareté des complications.

Pour les épidydimites par exemple nous trouvons une proportion de 13 % alors que Julien les a observées dans 15 et Finger dans 29 % des blennorragies. Et ceci confirme ce que nous avons déjà affirmé ; que les auto-lavages bien surveillés ne peuvent être dangereux et qu'ils constituent actuellement la meilleure solution du traitement hospitalier des blennorragies urétrales aiguës.

Le personnel. — Une consultation où sont traités et viennent 800 malades par jour nécessite par principe un personnel médical nombreux. Or ce n'est pas malheureusement pas le cas de la consultation externe de blennorragie de l'Hôpital Saint-Louis et nous verrons plus loin les conséquences qui en résultent.

Le docteur Tissot assisté du Dr Chaignon, dirige la consultation des hommes. Il leur est adjoint 4 externes qui, sous leur contrôle prennent les observations, font les frottis, prescrivent et surveillent les traitements. Ceux-ci doivent nécessairement être abandonnés à des infirmiers.

Eh bien, disons-le en toute franchise, et nous le devons puisqu'il y va en grande partie du succès de

la lutte anti-vénérienne et du bon fonctionnement des dispensaires qui vont sous peu s'étendre aux villes de province de plus de 40.000 habitants, cette organisation est mauvaise.

Les externes en dépit de toute leur bonne volonté, ne peuvent assurer convenablement le service. Jeunes gens en cours d'études, ils n'ont pas le temps matériel de se spécialiser ; la préparation des concours ou des examens le leur interdit. Les assistants sont en nombre nettement insuffisant pour les guider et dépister leurs erreurs. De plus, les consultations du soir étant seules rétribuées un esprit de fausse démagogie a exigé qu'elles soient assurées à tour de rôle par tous les externes. Or, l'expérience a démontré qu'un service médical assuré par roulement ne vaut rien parce qu'il entrave toute émulation et supprime toute responsabilité. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit à Saint-Louis en particulier à la consultation des femmes, où après une tentative de roulement qui a complètement échoué, le Dr Heitz-Boyer a dû imposer un titulaire.

La véritable solution, celle qui assure au malade des soins compétents et permet l'instruction des élèves, est mixte. Elle consiste à avoir des assistants spécialisés en nombre suffisant. Suivant le plan proposé par le Dr Heitz-Boyer et qu'il serait désirable de réaliser, le service médical de sa consultation serait assuré par 4 assistants, deux externes leur seraient adjoints. Deux des assistants seraient titulaires et rétribués, nommés pour deux ans, les

deux autres places seraient réservées à des médecins stagiaires, candidats aux fonctions de chefs de Dispensaires, qui resteraient six mois à la consultation.

CONCLUSIONS

1° Le service spécialisé de l'hôpital Saint-Louis, créé en 1923 par M. le Docteur Mourier, d'accord avec M. Rebeillard et le Conseil municipal pour réaliser les traitements de la blennorragie en milieu hospitalier, nous permet, à la suite d'un fonctionnement régulier de cinq années, d'apprécier les résultats possibles d'une thérapeutique active contre les dangers de cette grave maladie sociale : sa gravité se montre presque égale à celle de la syphilis, malgré qu'elle soit considérée comme anodine ; et « cet autre danger », comme l'appelle le Dr Heitz-Boyer, mérite d'être combattu avec la même vigueur et les mêmes ressources que la vérole.

2° Les résultats obtenus sur plus de 40.000 malades traités à Saint-Louis pendant ces cinq années, permettent des conclusions intéressantes et susceptibles de guider les efforts des dispensaires d'hygiène sociale, que l'on multiplie, et où ce rayon de la blennorragie mérite de prendre une place qu'elle n'a pas encore.

3° Le traitement idéal de la blennorragie est le traitement abortif à l'argyroll et aux différents vitellinates d'argent ; traitement dont les résultats

peuvent être qualifiés de merveilleux lorsqu'il réussit. Or, il devrait, à l'hôpital, réussir comme en clientèle privée, donnant le pourcentage de 80 % de guérisons en 8 jours, obtenu par Janet ! Sa mise en œuvre régulière dans un service hospitalier, transformerait radicalement la thérapeutique de cette maladie si grave au point de vue social ; et il suffirait pour cela de faire l'éducation des patients par une organisation de tracts et de soins à l'hôpital, proposée par Heitz-Boyer.

4° A défaut du traitement abortif, le traitement par les grands lavages urétro-vésicaux de Janet reste la meilleure arme d'un traitement *actif*, qui doit être mis en œuvre pour les malades pauvres comme pour les malades riches. Il n'y a aucune raison d'inégalité entre les uns et les autres, et la thérapeutique du laisser couler doit être condamnée. Les résultats obtenus en milieu hospitalier dans le service de Heitz-Boyer montrent que ce traitement actif est possible et efficace.

5° Le traitement des grands lavages peut être employé seul ou avec l'adjonction d'autres thérapeutiques plus récentes qui, employées isolément, n'ont pas donné les mêmes résultats : nous voulons dire vaccinothérapie ou sérothérapie et chimiothérapie sous forme de gonacrine préconisée par Jausion. A elles seules, elles ne peuvent guérir, mais elles aident la guérison.

6° Les complications de la blennorragie, à la suite de ce traitement actif, se sont montrées rares

à l'hôpital, en particulier les orchi-épidydimites et le rhumatisme ne sont survenus que dans une proportion vraiment minime.

7° Le traitement de la blennorragie chez la femme a été jusqu'ici négligé ; ce traitement étant d'ailleurs particulièrement difficile et long, mais d'une importance sociale capitale ; les résultats obtenus dans le service de Heitz-Boyer à Saint-Louis, depuis trois ans qu'il y a été organisé, montrent que ce traitement est lui aussi possible et très efficace, permettant d'espérer éviter ces séquelles lamentables des métrites et salpingites qui aboutissaient à la destruction des foyers et à la stérilisation de la femme.

Vu : le Président de la thèse,

LÉON BERNARD.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

973. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 7-3